Rok XLV. Kraków 3 Lutego 1906. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok.

Podał

Prof. Dr. L. Wachholz.

Dnia 2 kwietnia 1905 znaleziono na świeżo pod zasiew wiosenny nawiezionych polach jednej z podmiejskich gmin, tułów, kończynę dolną lewą i udo prawe wraz z górną częścią podudzia ze zwłok dziecka. Ponieważ gnój, użyty jako nawóz, pochodził z dołu kloacznego domu, położonego w innej odległej gminie podmiejskiej, a doświadczenie przemawiało za tem, że znalezione resztki zwłok dostały się zapewne na pola wraz z gnojem, przeszukano ów dół kloaczny i tu znaleziono główkę, kończynę górną lewą oraz część trzew brzusznych dziecka. Znalezione kawałki zwłok dziecka przesłano zakładowi sądowo-lekarskiemu dla wykonania ich sekcyi. Równocześnie wykazały dochodzenia śledcze, że w jednem mieszkaniu domu, z którego kloaki wydobyto część zwłok, zajmowanem przez wyrobnika wdowca i jego 12-letnią córkę, znalazła schronienie na przeciąg kilku tygodni służąca bez zajęcia, Paulina S., licząca lat 27, stanu wolnego. Domownicy nie zauważyli u niej brzemienności, podali jednak, że w końcu swego pobytu w rzeczonym domu zaniemogła i dlatego udała się do szpitala powszechnego. I w istocie przekonano się, że Paulina S., matka kilkoletniego nieślubnego dziecka, znajduje się w oddziele położniczym, przyjęta tam jako położnica. Zapytana przez lekarzy o dziecię swe nowonarodzone, podała, iż zmarło ono wkrótce po porodzie.

W dniu 4 kwietnia wykonane oględziny sądowo-lekarskie i sekcya znalezionych resztek zwłok dały następujący wynik:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: Na stole sekcyjnym spoczywa 5 luźnych części zwłok dziecka, oraz gliniany półlitrowy garnuszek z jelitami. Części te są: główka, tułów, kończyna dolna i górna lewe, wreszcie udo prawe z podudziem bez stopy i pozbawionem w dolnej swej połowie wszystkich części miękkich. Luźne te części stosują się dobrze do siebie, tworząc jednolitą całość zwłok dziecka, pozbawioną tylko całej kończyny górnej i stopy prawej. Powłoki skórne na tych częściach przeważnie szarozielonawe. Długość zwłok po złożeniu ich części 51 cm. W dolnej nasadzie kości udowej wyraźne jądro kostne o średnicy 4 mm. Obwód główki, porosłej ciemnym, 2 cm długim włosem, wynosi 32 cm., wymiar prosty 10 cm, skośny wielki 11·5 cm., dwuciemieniowy 7·5 cm., dwuskroniowy 6·5 cm. Małżowiny uszne i skrzydła nosowe chrząstkowe. Paznokcie u rąk i u nóg sięgają prawie do końców opuszek palców.

Powierzchnie przekrojów, w których rozdzielenie zwłok na 5 wymienionych części nastąpiło, są dość równe i gładkie, a brzegi przerw odnośnych powłok skórnych ostre, równe, w miejscach odjęcia kończyn górnych pergaminowo zaschnięte, nigdzie krwią nie podbiegnięte. Głowa jest od tułowia między 2 a 3 kręgiem szyjnym oddzielona zapomocą cięcia okrężnego. Cięcie to przechodzi na tyłogłowiu w ranę 6 cm. długą, do niego prostopadłą, przedzielającą powłoki tyłogłowia na dwa płaty. Za małżowiną uszną lewą dwie obok siebie leżące, do siebie równoległe rany, wązkim mostkiem powłok od siebie oddzielone, 3 i 1 cm. długie, o brzegach równych, gładkich, krwią nie podbiegniętych, drążące tylko do tkanki podskórnej. Powłoki zewnętrzne i mięśnie podbrzusza, od pępka począwszy, w linii poziomej poszarpane, jednak tu i owdzie o brzegach gładkich, ostrych, jakby przeciętych. Z otwartej w ten sposób jamy brzusznej zwisają jelita szarozielone, okruchami słomy i siana oraz grudkami ziemi pokryte. W dolnej części kręgosłupa brak kości krzyżowej i ogonowej, a kości te znajdują się wraz z lewą kością miednicową w związku z górną częścią uda oddzielonej dolnej lewej kończyny. Prawa kość miednicowa pozostaje w związku z udem prawej dolnej kończyny; przy górnej części tegoż (prawego) uda znachodzi się cały zewnętrzny srom niewieści z przedsionkiem do pochwy, zamkniętym przez obrączkową błonę dziewiczą, z pochwą, macicą i pęcherzem moczowym. Tak więc rozczłonienie dolnej części ciała przebiega poziomo z przodu przez powłoki brzuszne na wysokości pępka, z tyłu zaś na wysokości połączenia ostatniego kręgu lędźwiowego z kością krzyżową. Oddzieloną w ten sposób dolną część ciała rozczłoniono na dwie części t. j. na lewą, obejmującą lewą kość miednicową wraz z kręgami krzyżowymi i ogonowymi, oraz całą dolną lewą kończynę, i na prawą, złożoną z prawej kości miednicowej w związku z częściami płciowemi zewnętrznemi i wewnętrznemi, oraz udem i połową przedudzia prawego. Na górnej połowie powłok brzusznych w ich środku i koło łuku żebrowego lewego kilka zaschniętych, krwią nie podbiegniętych otarć naskórka.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e: Wewnętrzna powierzchnia powłok czaszki u szczytu tejże i nad guzem ciemieniowym prawym aż ku małżowinie usznej prawej obficie krwią ciemną podbiegnięte, a podbiegnięcie to stwierdza się także pod oczaszną. Na sklepieniu czaszki biegnie złamanie, nieco zygzakowate, przez środek całej kości ciemieniowej prawej od jej brzegu strzałkowego przez guz jej aż do kości skroniowej prawej, nadto jeszcze drugie złamanie, do pierwszego prostopadłe, zaczynające się w połowie wieńcowego brzegu kości ciemieniowej prawej, a niknące tuż przed jej guzem. Lewa kość czołowa podłużnie złamana, począwszy od łuku brwiowego, a złamanie to przechodzi w tym samym t. j. strzałkowym kierunku na lewą kość ciemieniową, kończy się przed jej guzem i znowu się poza nim zaczyna, a kończy się przy wargowym brzegu tejże kości ciemieniowej.

Na podstawie czaszki biegnie złamanie w przedniem lewem zagłębieniu od zewnętrznego końca lewego łuku brwiowego do lewego skrzydła kości klinowej, oraz w tylnem lewem zagłębieniu poprzecznie, t. j. od lewej strony ku prawej, przez łuskę kości potylicznej ponad tylnym obwodem wielkiego otworu, kończąc się w linii środkowej kości potylicznej. Opona twarda gładka, nieuszkodzona, pod nią

w miejscach złamań podstawy czaszki podbiegnięcia krwi. Opony miękkie gładkie, cienkie, z nastrzykanemi i rozszerzonemi żyłami. Mózg nieuszkodzony, prawidłowo rozwinięty, szaroczerwony, zbitości właściwej wiekowi.

Mięśnie klatki piersiowej różowe, dość dobrze zachowane. W jamach opłucnych po obu stronach około 10 cm. krwawo zabarwionego przesączu. Płuca wypełniają dość dobrze klatkę piersiową, wraz z sercem rzucone na wodę pływają; pod opłucnemi, które są cienkie i gładkie, mieści się kilka drobnych wybroczyn, oraz tu i owdzie porozrzucane różnej wielkości, jednak najwyżej do wielkości soczewicy dochodzące bańki gazowe. Po nakłuciu tych baniek każde płuco z osobna rzucone na wodę pływa, na przekroju zaś przedstawia się miąższ bladoróżowy, przy ucisku trzeszczący, jędrny, wydzielający ciecz pienistą, brudnokrwawo zabarwioną. Brzegi płuc zaokrąglone. Pojedyncze płaty płuc i ich pocięte kawałki pływają na wodzie. W grubszych oskrzelach nieco białawoszarej, lepkiej, ciągnącej się treści. Osierdzie i nasierdzie gładkie, cienkie, bez wybroczyn. Serce prawidłowo wielkie, wiotkie, próżne; wsierdzie, zastawki, błona wewnętrzna tętnic głównych gładkie, cienkie, nasiąknięte barwikiem krwi. Śledziona, wątroba i obie nerki ciemnozielone, rozmiękłe, wiotkie. Moczowody drożne, pęcherz moczowy próżny, jego błona śluzowa brudnoczerwona, macica wiotka, miękka, na przekroju brudnoczerwona, reszta części płciowych bez zmian.

Język i gardło nieuszkodzone, ciemnozielone; przełyk, żołądek, jelita cienkie ciemnozielone, rozpływające się pod palcami; w dolnym odcinku jelita biodrowego i w jelicie grubem, znajdujących się w większej części w garnuszku, w mniejszej zaś części (pętla esowata i kiszka prosta) w zwłokach, mieści się jednostajna, mazista, brudnozielona treść o drobnowidowych cechach smółki.

W garnuszku mieści się nadto mocno gnijące, czarnozielone łożysko z błonami płodowymi i z pępowiną 62 cm. długą, wilgotną, czarną, o końcu wolnym nierównym, strzępiastym.

Badanie sądowolekarskie Pauliny S., dokonane 4 kwietnia, stwierdziło cechy niedawno odbytego porodu, między innymi świeżą bliznę po częściowem pęknięciu krocza, oraz zupełnie prawidłowe wymiary miednicy.

Paulina S. przesłuchana podała, że w istocie odbyła przed trzema tygodniami poród, jej zdaniem przedwczesny. Domownicy jej właśnie usnęli w izbie, gdy ją napadły w kuchni bole i wkrótce potem urodziło się dziecię, nie dające znaków życia. Po dłuższem milczeniu podała na usilne zapytania, iż dziecku nic złego nie uczyniła i trzymała je w łóżku całą noc przy sobie. Dopiero nad ranem udała się z dzieckiem, zawiniętem w szmatę, do wychodka i tu je porąbawszy siekierą na kawałki, wrzuciła do dołu kloacznego. Na zapytanie, czem rozbiła czaszkę dziecku, oświadczyła z widocznem zmieszaniem, że widząc, iż dziecię urodziło się nieżywe, ogarnęła ją z tego powodu złość, chwyciła tedy dziecię za nóżki i główką jego lekko dwukrotnie uderzyła o ścianę paki z węglami, stojącej koło kuchni. Na zapytanie, czy uczyniła to zaraz po urodzeniu się dziecka, zrazu nie dawała odpowiedzi, potem zaś podała, że nie pamięta już, kiedy to uczyniła, lecz zdaje się jej, że uczyniła to nad ranem przed udaniem się do wychodka. Te same zeznania podała przy rozprawie głównej, milcząc na pytanie, co ją skłoniło do rozczłonkowania dziecka.

Orzeczenie, wydane przy sekcyi zwłok i zbadaniu obwinionej, oraz potem przy rozprawie głównej przed sądem przysięgłych, opiewało:

I. W jakim związku pozostają do siebie znalezione części zwłok?

Znalezione części zwłok, złożone w porządku anatomicznym, przylegają do siebie dokładnie powierzchniami przedziałów, tworząc jedną całość, przez co dowodzą, że są one częściami jednych i tych samych zwłok dziecka.

II. Czy dziecię to było noworodkiem donoszonym i dobrze rozwiniętym?

Długość zwłok po złożeniu ich części od szczytu główki do końca stopy lewej, wynosząca 51 cm., obecność jądra kostnego w dolnej nasadzie kości udowej, rozwój małżowin usznych i skrzydeł nosowych, długość włosów i paznokci z jednej strony, — obecność smółki tak w części jelita, będącej w związku z zwłokami, jak i w ich części oddzielonej, wreszcie obecność oddzielonej od zwłok pępowiny wraz z łożyskiem z drugiej strony, — dowodzą, że dziecię to było noworodkiem donoszonym. Było ono płci żeńskiej, prawidłowo zbudowane i rozwinięte, a zatem w razie żywego urodzenia się do życia zdolne.

III. Czy dziecię to urodziło się żywe?

Jakkolwiek narządy klatki piersiowej, w szczególności płuca zwłok były w stosunku do narządów jamy brzusznej wcale dobrze jeszcze zachowane, przecież jednak przedstawiały zmiany gnilnego rozkładu w formie nagromadzenia się gazów gnilnych pod opłucną. Z tego powodu wnioski, wysnuwane z dodatniego wyniku próby płucnej, nie mogą być bezwzględnie stanowcze, w każdym jednak razie wielce prawdopodobne. Otóż ponieważ płuca wypełniały dość dobrze jamę klatki piersiowej, przy przekrawaniu trzeszczały, przy ucisku wydzielały ciecz drobnopienistą, a po nakłuciu baniek gazowych pod opłucną pływały na wodzie tak w całości, jak i z osobna, płaty ich i ich pocięte kawałki, wreszcie ponieważ z nowoczesnych badań wynika, że powstawanie gazów gnilnych w miąższu płucnym zależy od obecności w nich powietrza tak, iż w bezpowietrznych płucach noworodków tworzą się gazy gnilne tylko wyjątkowo, dochodzi się do przekonania, iż dziecię Pauliny S. urodziło się najprawdopodobniej żywe. Zresztą dostarczyła sekcya zwłok jeszcze innego dowodu żywego urodzenia się dziecka, o którym będzie mowa później.

IV. Jak długo żyło dziecię po urodzeniu się?

Ze stanowiska sądowolekarskiego nie sprzeciwia się nic przyjęciu, iż dziecię to, z uwagi na wypełnienie całego jelita grubego i dolnego odcinka jelita biodrowego smółką, żyło tylko przez krótki przeciąg czasu.

V. Jaka była przyczyna śmierci dziecka?

Sekcyą stwierdzono wielokrotne złamanie podstawy czaszki oraz jej sklepienia, przyczem powłoki sklepienia czaszki, podobnie jak i oczaszna, były bardzo znacznie krwią podbiegnięte. Podbiegnięcia krwawe powłok czaszki powstają nieraz wśród porodu u noworodków wskutek ucisku na główkę, przechodzącą przez kanał rodny matki. Dowodzą one zawsze, że dziecię wśród porodu żyło, a są tem znaczniejsze, im silniejszym i dłużej trwającym był ucisk, zatem im dłuższym i trudniejszym był poród. Skoro zaś wedle własnego podania Pauliny S. poród tego dziecka odbywał się szybko i skoro stosunek wymiarów główki dziecka do wymiarów miednicy matki był bardzo korzystny, to niepodobna przypuścić, by ucisk na główkę dziecka w tych warunkach przy porodzie mógł był być tak silnym, iżby wywołał tak rozległe podbiegnięcia krwawe powłok czaszki, oraz tak rozległe złamania sklepienia, a zwłaszcza podstawy

czaszki. Te złamania, a zwłaszcza złamania podstawy czaszki musiały wobec porodu łatwego i szybkiego powstać już po urodzeniu się dziecka. A gdy w najbliższem sąsiedztwie tych złamań były rozległe podbiegnięcia krwawe, przeto złamania te powstały za życia dziecka, a stanowiły one zarazem dostateczną przyczynę jego śmierci. Tak więc złamania powyższe, powstałe już po urodzeniu się dziecka, a jeszcze za jego życia, stanowią dowód, iż dziecię to urodziło się żywe.

VI. W jaki sposób powstały złamania czaszki?

Przyczyną tych złamań musiał być uraz, zadany narzędziem tępem, a ponieważ złamania te były nader rozległe i dotyczące tak sklepienia, jak i podstawy czaszki, pomimo, że kości czaszki noworodka są bardzo elastyczne i jeszcze ze sobą szczelnie nie połączone, przeto uraz, wywołujący te złamania, musiał godzić ze znaczną siłą i szeroką powierzchnią narzędzia tępego. Dwukrotne uderzenie główką dziecka o paczkę z węglami, o jakiem wspomina obwiniona, było zdolnem wywołać w mowie będące złamania.

VII. W jaki sposób powstało rozczłonienie zwłok dziecka, czy za życia i w jakim celu?

Powierzchnie przedziałów pięciu części ciała badanych zwłok posiadały brzegi gładkie i ostre, a to zachowanie się brzegów dowodzi, że rozczłonienia dokonano zapomocą narzędzia ostrego, którem mogła być siekierka, o jakiej oskarżona wspomina. Sposób i miejsca rozczłonienia zwłok dowodzą, że podjęła je ręka, w rozczłanianiu nie biegła. Skoro zaś narządy wewnętrzne zawierały jeszcze dosyć krwi, a brzegi rozczłonień nie były krwią podbiegnięte, przeto rozczłonienia dokonano już na dziecku nieżywem i to w myśl doświadczenia sądowolekarskiego celem dokładniejszego i szybszego zatarcia śladów zbrodni.

Trybunał przysięgłych uznał Paulinę S. winną zbrodni dzieciobójstwa przez czynne targnięcie się na życie swego nieślubnego dziecka, poczem zasądzona ogłoszony jej wyrok bez namysłu przyjęła.

Przypadek powyższy zdawał mi się zasługiwać na wzmiankę raz ze względu na to, że stanowi on przyczynek do kazuistyki, bądź co bądź niezbyt częstych, zbrodniczych rozkawałkowań zwłok, powtóre ze względu na to, że mimo dłuższego upływu czasu od chwili śmierci dziecka do chwili sekcyi części jego ciała, zatem mimo już dość znacznego przeobrażenia gnilnego zwłok i wreszcie mimo rozwleczenia poszczególnych części rozkawałkowanego ciała w miejsca od siebie oddalone, dało się ten przypadek jeszcze najzupełniej wyjaśnić i w ten sposób przyczynić się do wymiaru sprawiedliwości przeciw wyrodnej matce.

Sprawa zbrodniczego rozkawałkowania zwłok była już niejednokrotnie rozpatrywana w piśmiennictwie sądowo-lekarskiem (1), dlatego też, nie chcąc powtarzać rzeczy już znanych, wspomnę tylko, że przypadków takich w naszem piśmiennictwie ogłoszono bardzo mało.

Pierwszy taki przypadek ogłosił Blumenstok (2) We wstępie opisu tego wspomina Blumenstok mit grecki o Medei, która celem zabezpieczenia siebie i Jasona przed ujęciem ich przez Ajetesa, zabiwszy braciszka swego Apsyrtosa, pocięła ciało jego na kawałki i wrzucała je z osobna do morza, by powstrzymać w pogoni swego ojca. Czyn ten, chociaż podjęty dla ocalenia Argonautów, obudził w nich przecież wstręt i grozę. „Tego samego doznaliśmy uczucia, — pisze Blumenstok — na wiadomość, że prosta, przedtem nieposzlakowana dziewczyna wiejska dopuściła się podobnego czynu na własnem swojem dziecięciu; a w przypadku tym na próżno oglądamy się za pobudką rozumową, któraby była zdolną, jeżeli nie usprawiedliwić, to przynajmniej poniekąd wytłómaczyć takie dzikie postępowanie“. Dziewczyna ta zabiła swe niedawno urodzone, więcej niż tydzień życia liczące dziecię, poderznąwszy mu szyję, a następnie odcięła mu główkę, oddzieliła powłoki czaszki, czaszkę otworzyła i pocięła na części, wyłuszczywszy uprzednio gałki oczne. Następnie rozczłoniła tułów dziecka na trzy części, toż samo dolne kończyny, których uda, podudzia i stopy były ze związku z sobą oddzielone, wreszcie obie kończyny górne rozdzieliła na dwie części, a nadto pokaleczyła je cięciami podłużnemi. Dokonawszy tego w ciągu pół godziny rozmyślnie i przytomnie, zakopała pocięte części w płytkim dołku. Zapytana w śledztwie o powód takiego pastwienia się nad zwłokami swej ofiary, podała raz za przyczynę okoliczność, że ziemia była wówczas tak zmarznięta, że nie była w stanie wykopać dołu odpowiedniego na pomieszczenie całych zwłok, drugi raz zaś obawę swą, by ludzie, znalazłszy zwłoki całe, nie poznali w nich jej dziecka, a to tem więcej jeszcze, ponieważ sądziła, że kawałki zwłok łatwiej staną się żerem dla nierogacizny.

Ostatecznie te tłómaczenia ujawniały jeden i ten sam widoczny cel, t. j. cel usunięcia z widoku przedmiotu zbrodni, tem samem cel zatajenia zbrodni. Jeżeli się zaś zważy, że mordercy w pierwszym i ostatnim rzędzie zależy zawsze na tem, aby zbrodnia jego nie wyszła na światło dzienne, a środkiem do tego najlepszym jest zniszczenie widocznych jej śladów, t. j. zwłok ofiary, przeto rozumiemy dokładnie pobudki, skłaniające morderców do pogrążenia zwłok ofiary w wodzie rzek, stawów i t. d. do wrzucenia ich do ognia lub do rozkawałkowania ich. Cel takiego działania jest tak zrozumiały, że dziwić się trzeba, iż Blumenstok „napróżno się oglądał“ w swym przypadku „za pobudką rozumową, któraby była zdolną takie postępowanie dzikie wytłómaczyć“.

Prócz powyżej już wspomnianego celu, dla którego morderca kawałkuje zwłoki swej ofiary, może jeszcze inny bodziec skłaniać go niekiedy do kaleczenia i rozczłonienia ciała. Bodźcem tym może być upośledzenie stanu umysłowego, a zwłaszcza patologicznie wzmożona, sadycznie zwyrodniała *libido sexualis*, jak o tem pouczają odnośne dawniejsze i nowsze (4) spostrzeżenia.

Że tak w przypadku Blumenstoka, jak i w powyżej opisanym przezemnie, nie ma mowy o pobudce płciowej do rozczłonienia ciała ofiary, nie ma potrzeby zastanawiać się. Pobudką w obu była chęć zatarcia śladów zbrodni, a chęć ta miała w moim przypadku większe prawdopodobieństwo spełnienia się, ile że części zwłok dziecka, pogrążone zrazu we wspólnym dole kloacznym, znalazły się z czasem w kilku miejscach, od siebie odległych tak, że tylko energiczne i rozsądnie pokierowane śledztwo zdołało części te odszukać i w ten sposób umożliwić ekspertyzę lekarską.

Drugi znowu przypadek rozkawałkowania zwłok, tym razem zwłok osoby dorosłej, bo 29-letniego, bardzo rosłego i silnie zbudowanego mężczyzny, zabitego wśród snu zapomocą siekiery przez własną, umysłowo przytępioną, 17 lat

liczącą żonę, która celem ułatwienia sobie wywleczenia zwłok nocą poza obejście zagrody, przerąbała zwłoki na dwie połowy, miałem sposobność ogłosić w III. seryi orzeczeń sądowo-lekarskich Wydz. lek. Uniw. Jagiel. (5), dlatego też poprzestaję tutaj na tej krótkiej o nim wzmiance.

(Dok. nast.).

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana.

Podał

Dr. Antoni Rydygier (jun.)
I asystent kliniki.

(Dokończenie).

A teraz przejdźmy do naszego przypadku:

Dnia 25 listopada 1904 r. zgłosiła się do ambulatoryum kliniki chirurgicznej lwowskiej służąca A. D., lat 20, uskarżając się na utrudnienie w chodzeniu. Zbadawszy w ambulatoryum pobieżnie nogę, rozpoznaliśmy gruźlicze zapalenie stawu kolanowego, po dokładniejszem jednak zbadaniu szef nasz przedstawił słuchaczom podczas wykładu ten przypadek jako *»sarcoma bursae synovialis genu«*, zwracając uwagę na trudność odróżnienia od gruźlicy. Chorą przyjęto do kliniki w celu dalszego badania i leczenia.

Oto streszczenie opisu jej choroby:

Ze strony ojca chora dziedzicznie obciążona gruźlicą (ojciec przebywał zapalenie gruźlicze stawu kolanowego i stawu łokciowego, nadto kaszle i pluje). Zresztą nikt w bliższej, ani dalszej rodzinie nie chorował na żadne cierpienie gruźlicze, ani też nowotworowe. Sama chora nigdy dawniej nie chorowała, nie przechodziła też chorób wieku dziecięcego, jak odry i t. p. Kiedy pojawiło się pierwsze miesiączkowanie, podać nie umie; miesiączka trwa zwykle 2—3 dni, zawsze regularna, nie połączona z żadnemi dolegliwościami.

Obecna choroba zaczęła się przed dwoma laty. Chora zauważyła wówczas, że jej lewe kolano mocno obrzękło; z jakiego powodu, podać nie umie i żadnego urazu nie pamięta. Obrzęk ten nie sprawiał chorej bolu, a tylko małe dolegliwości, polegające przedewszystkiem na lekkiem utrudnieniu w chodzeniu, dla chorej jednak o tyle przykrzejszem, że jako służąca była obowiązana dużo chodzić. Zasięgała więc porady lekarza, który dokonał nakłucia dnia 18/VIII 1904, przyczem wydobyć miano 1100 grm. płynu, krwawo zabarwionego. Po tygodniu nakłuto staw powtórnie i wydobyto 600 grm. takiego samego płynu. Mimo tego i mimo opatrunku uciskającego, kolano w krótkim czasie wróciło do poprzedniej objętości i żadnego polepszenia nie było. W czasie trwania choroby chora, jak podaje, nie zmizerniała.

Wobec długiego trwania choroby i wobec tego, że ciężar powiększonego kolana i utrudnienie w chodzeniu przeszkadza chorej zarobkować, zgłasza się chora do kliniki i zgadza się na operacyę.

Stan obecny: Dziewczyna wysokiego wzrostu, o budowie kośćca dobrej i bardzo dobrem odżywieniu; podściółka tłuszczowa obfita; uderza przedewszystkiem nadmierny jej rozwój na obu kończynach dolnych, których uda i golenie są niezwykle grube. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian, mocz nie zawiera nieprawidłowych składników.

Kończyna lewa w lekkiem ustawieniu odsiebnem (abdukcyi), gdyż guz kolana nie dozwala obu kończynom do siebie się zbliżyć.

Długość lewej kończyny wydaje się prawidłowa, chociaż pomiar długości z powodu obrzęku kolana jest utrudniony i niedokładny. Ruchy tak bierne, jak czynne, nieco tylko utrudnione, zresztą zupełnie niebolesne i nieomal w prawidłowych granicach. Jedno jednakże uderza: że, gdy noga w kolanie wyprostowana, można golenią wykonywać ruchy wahadłowe z boku na bok, coby świadczyło o pewnym stopniu zniszczenia więzadeł bocznych kolana. Ruchów tych nie można wykonać, jeśli chora trzyma nogę w kolanie zgiętą. Kolano ma postać guza, rozlanego na boki, wielkości głowy dziecka, sięgającego ku dołowi tuż poniżej guza piszczeli (*tuberositas tibiae*), ku górze zajmującego głównie okolicę zachyłka pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*). Guz ten jest elastyczny, wybitnie chełboczę; skóra nad nim nie zmieniona, żyły nieznacznie tylko porozszerzane. Rzepka, gdy ją się mocno uciśnie ku tyłowi, uderza tylną powierzchnią o kłykcie kości udowej. Guz ten zajmuje kolano także od tyłu, t. j. wypełnia dół podkolanowy (*fossa poplitea*), gdzie również chełbocze; rozlewa się także na boki, tworząc tak po stronie wewnętrznej, jak i zewnętrznej kolana obrzęk wielkości dwóch pięści, wybitnie chełboczący. Głębszem badaniem nie można wykryć żadnej twardszej treści guza, a tylko część jego, odpowiadająca zachyłkowi pod mięśniem czworogłowym, stawia większy i jędrniejszy opór badającej ręce. Badanie to głębszych warstw i treści guza jest znacznie utrudnione z powodu grubości jego ścian, do czego się przyczynia niepomiernie rozwinięta tkanka tłuszczowa tak w tem miejscu, jak i wogóle na obu kończynach dolnych. Przy ruchach żadnego tarcia ani trzeszczenia się nie wyczuwa. Przez nakłucie wydobyto płyn przejrzysty, krwawo zabarwiony, w którym prątków gruźliczych nie wykryto; jednakże mikroskopowy obraz, na który składają się przeważnie limfocyty, czyni prawdopodobną gruźlicę. Badanie promieniami Roentgena daje wynik następujący: Przy prześwietlaniu od przodu ku tyłowi otrzymujemy obraz kolana bez zmian chorobowych, a jedynie z powodu grubości kończyny i nagromadzonego płynu nieco mniej wyraźny; przy prześwietlaniu z boku na bok widać, że rzepka jest znacznie uniesiona, zresztą na obu obrazach nie dostrzega się żadnych zmian chorobowych w kościach, składających staw kolanowy. Ruchy bierne i czynne, tak samo i ucisk na chore kolano — niebolesne, przy chodzeniu chora tylko bardzo nieznacznie utyka. Gruczoły pachwinowe po stronie lewej nie powiększone; ciepłota ogólna i miejscowa nie podwyższona.

Dnia 5 grudnia wydobyto ponownie przez nakłucie 600 ctm.³ płynu jasnego, krwawo zabarwionego, którego badanie dało ten sam wynik, co poprzednio. W przeciągu tygodnia płyn zebrał się na nowo i kolano wróciło do swej poprzedniej objętości mimo okładów wysychających i opatrunku uciskającego. W dniu 4 stycznia 1905 r. przystąpiłem do operacyi. W uśpieniu chloroformowem, po poprzedniem wstrzyknięciu podskórnem 1 centigr. morfiny, wykonałem resekcyę kolana sposobem, w naszej klinice zwykle używanym (Textor-Gueprаtte-Koenig). Po otwarciu stawu przekonano się, że rozpoznanie nowotworu było trafne, gdyż obraz, jaki się naszym oczom przedstawił, usuwał wszelkie przypuszczenia co do przyrody gruźliczej cierpienia. Kości i powierzchnie stawowe, chrząstką pokryte, były zupełnie prawidłowe i zdrowe. Zmiany chorobowe ograniczały się jedynie do torebki stawowej, niepomiernie zgrubiałej i pokrytej miejscami (na powierzchni zwróconej do wnętrza stawu) wybujałościami i kosmkami, przypominającemi ziarnka jużto grochu, już też fasoli lub bobu. Wybujałości te były elastyczne, o powierzchni gładkiej, lśniącej. Przedewszystkiem zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) był niemi wypełniony, tam też wyrastały z powierzchni torebki stawowej tak gęsto obok siebie, że stykając się ze sobą, tworzyły niejako zgrubienie ścian torebki stawowej, guzowate, poprzerzynane głębokiemi bruzdami. Więzadła boczne stawu także chorobowo zmienione; nadto znajduje się w tej okolicy kilka guzków wielkości wiśni lub śliwki, twardych, elastycznych, lśniących. Całą torebkę stawową powiodło się w zdrowych granicach oddzielić od sąsiednich części miękkich i kości, poczem odpiłowano kość udową i piszczelową, części miękkie zeszyto katgutem, na skórę założono także szew ciągły katgutowy i tylko po obu stronach w kąciki rany założono po jednym sączku. Przebieg pooperacyjny bez żadnych zaburzeń; po kilku dniach zastąpiono sączki strzępkami gazy jodoformowej, następnie w miarę zaciągania się blizn opatrywano ranę tylko zupełnie powierzchownie i w dniu 17/VII 1905 chora opuściła klinikę z nogą sztywną, do chodzenia zdatną.

Dnia 28/XII znaleźliśmy przy ponownem badaniu następujący stan: W wypiłowanym stawie kolanowym utrzymuje się zupełnie mocny zrost, tylko kończyna jest w tem miejscu nieco na zewnątrz wygięta (*genu varum*). Na zewnętrznej stronie wygięcia znajduje się małe owrzodzenie od ucisku tutora, już cokolwiek zepsutego. Na przedniej stronie kończyny nad linią resekcyjną można przez naciskanie wywołać na ograniczonem miejscu bolesność, przy chodzeniu jednak bolów żadnych niema. Skrócenie kończyny wynosi 5 ctm. Gruczoły w pachwinie nie są powiększone. Niema więc żadnych objawów nawrotu.

Badanie drobnowidowe dowiodło, że zgrubienie torebki stawowej polegało na nacieku mięsakowym; również wybujałości na powierzchni, jakoteż i guzy, w okolicy więzadeł leżące, składały się z tkanki mięsakowej o komórkach drobnych okrągłych (*sarcoma microglobocellulare*).

Na podstawie opisanych spostrzeżeń, tak mego własnego, jako też i znanych z piśmiennictwa, niech mi wolno będzie zastanowić się dokładniej nad znamiennymi obja-

wami tego cierpienia, aby tem łatwiej w przyszłości uniknąć pomyłki i ustalić jego rozpoznanie różniczkowe.

Doświadczenie dotychczasowe poucza, że na tę chorobę częściej zapadają kobiety, niż mężczyźni (6 : 4), że powstaje ona zazwyczaj w wieku średnim (20—30 lat), przyczem bywa zajęte zawsze tylko jedno kolano, nigdy zaś oba. Chcąc dokładniej naszkicować obraz kliniczny tej sprawy chorobowej, musimy ją podzielić na trzy grupy: do pierwszej zaliczymy te mięsaki torebki stawowej kolana, które tworzą guzy, mniej lub więcej ruchome, różnej wielkości, począwszy od ziarnka fasoli, aż do wielkości pomarańczy, lecz w każdym razie dokładnie od otoczenia ograniczone. Drugą postać tworzy rozlane nacieczenie mięsakowe torebki stawowej, a trzecią wreszcie będzie postać mieszana, gdzie prócz rozlanego nacieczenia torebki stawowej kolana istnieją mniej lub więcej liczne, ograniczone guzy.

Pierwsza grupa jest klinicznie najmniej zajmująca: w trzech przypadkach chodziło o guzy szypułkowe, z których jeden (Annandale) za pociśnięciem chował się do stawu; w czwartym przypadku (Marsh) znajdował się ponad wewnętrznym kłykciem kości udowej guz wielkości pomarańczy, rozpoznawany jako gruźlicze zapalenie okostnej.

Postać druga i trzecia mniej wybitnie różnią się od siebie i nieraz jedna w drugą przechodzi. Znajdziemy więc całą torebkę stawową mięsakowo naciekłą, zgrubiałą, tu i owdzie mogą występować odgraniczone guzy, które w łatwiejszych przypadkach będzie można nawet od zewnątrz wymacać. Cała okolica kolana bywa przy tej postaci mięsaka torebki stawowej w różnym stopniu wrzecionowato obrzękłą, przedewszystkiem zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) bywa masami mięsakowatemi wypełniony. Skóra ponad kolanem bywa napięta i wygładzona, lecz tylko w dwóch przypadkach (Garrego i Julliarda) żyły były porozszerzane,—objaw, tak często zresztą spotykany przy innych podskórnych mięsakach. — W naszym przypadku ze szczególniejszą uwagą szukaliśmy żył porozszerzanych, lecz nigdzie ich nie dostrzegliśmy. Żaden też z autorów z wyjątkiem Lockwooda nie wspomina o podwyższeniu ciepłoty miejscowej lub ogólnej.

Zapomocą dotyku stwierdzano najczęściej chełbotanie istotne lub pozorne; w niektórych przypadkach uderzała rzepka za pociśnięciem tylną powierzchnią o kłykcie kości udowej (balotowanie rzepki). U niektórych chorych można było wymacać mniej lub więcej wyraźnie ograniczone guzy. W naszym przypadku nie udawalo się to nawet po nakluciu stawu, chociaż szczególniejszą na to zwracaliśmy uwagę, jako na jeden z najważniejszych objawów.

Ruchomość bywa w przeważnej części przypadków jedynie bardzo nieznacznie ograniczoną. U naszej chorej była prawie prawidłowa. Chora Julliarda mogła nogę zupełnie swobodnie prostować, a tylko zginać powyżej 90° nie potrafiła, gdyż napięcie skóry ponad kolanem i guzy pod kolanem na to nie dozwalały. Chora Garrégo zginała kolano do 90°, a prostować mogła tylko do 170°. Chory Marsha nie mógł poruszać nogą w kolanie dopiero później, po wielokrotnych nawrotach. Lockwood podnosi z naciskiem, że u jego chorej mimo 3-letniego trwania choroby ruchy w kolanie były zupełnie swobodne. Tylko w przypadku Hardiego nastąpiło, coprawda po wielu urazach, zesztywnienie kolana. Musimy przeto na to nacisk położyć, że mimo znacznego obrzęku okolicy kolana ruchomość w stawie kolanowym zazwyczaj bardzo mało bywa upośledzoną. Łatwo to tem da się wyjaśnić, że chrząstki powierzchni stawowych i kości, staw składające, cierpią w przypadkach pierwotnego mięsaka torebki stawowej kolana bardzo mało i zazwyczaj pozostają nienaruszone, gdyż mięsak ów nie przechodzi na sąsiedztwo i tak kości i chrząstki, jako też mięśnie i ścięgna, pozostawia nietknięte. Z tego też powodu nie pojawia się przy ruchach trzeszczenie, ani tarcie, i chód bywa bardzo mało upośledzony. Zanik mięśni też nie często się zdarza (opisują go tylko Garrè i Julliard); w naszym przypadku napewno go nie było, co się tłómaczy tem, że chora nasza używała nogi ciągle do chodzenia, mimo długiego trwania choroby.

Dlatego zaś nasza chora do końca chodzić mogła, ponieważ chodzenie nie sprawiało jej żadnych bolów. Także w innych przypadkach bole albo wcale się nie pojawiały, albo były tylko nieznaczne. Jedynie w przypadkach Garrego i Hardiego były początkowo znaczne bole, te jednak niebawem ustąpiły i powróciły dopiero po większych urazach. Nasza chora nie doznawała żadnych bolów i tylko utrudnienie chodu z powodu znacznego ciężaru i objętości nogi skłoniły ją do szukania pomocy lekarskiej. Taksamo chora Julliarda nie miała żadnych bolów, a tylko po energicznych zabiegach leczniczych zdarzały się bole przemijające. W przypadku Marsha powstały bole dopiero przy nawrocie, gdy wyrosłe pod kolanem guzy uciskały na nerw.

Przez nakłucie stawu wydobywano zazwyczaj większą lub mniejszą ilość krwawo zabarwionej cieczy lub czystą krew, zależnie od miejsca nakłucia, t. j. zależnie od tego, czy igłę wbito w staw, wypełniony wysiękiem, lub w ograniczoną torbiel, czy też w stałą część guza. Nigdy w żadnym z przypadków nie wydobyto ropy, ani płynu ropiastego.

Promieniami Roentgena badano tylko Julliarda i nasz przypadek i w obu widziano rzepkę od kłykciów kości udowej oddaloną, lecz zresztą żadnych zmian kości nie dostrzeżono.

Gruczoły pachwinowe w żadnym przypadku nie były powiększone.

Ciepłota jedynie u chorej Garrégo była podwyższona, wahając się między 38—39° C, zresztą we wszystkich innych spostrzeżeniach prawidłowa. Lockwood nadmienia, że ciepłota miejscowa ponad kolanem zdawała się być wyższą.

Szczególną uwagę należy zwrócić na powolny przebieg tego cierpienia, stający w sprzeczności z pojęciami naszemi o tak złośliwym nowotworze, jakim jest mięsak, wskutek czego też często zdarza się mylne rozpoznanie. I tak n. p., nasza chora dopiero po $1^1/_2$ roku udaje się po poradę lekarską, a do kliniki zgłasza się po dwóch latach choroby. Podobnie i u innych autorów: chora Garrégo zgłasza się po 9 miesiącach choroby, Annandalea po $1^1/_2$ roku, Lockwooda po 3 latach, a Julliarda aż po 13 latach! Chory Hardiego udaje się do szpitala po 5 latach

cierpienia, Marsha po 14 miesiącach i przez 6 lat pozostaje w leczeniu. Trzeba więc o tem pamiętać, że długie trwanie cierpienia wcale mięsaka torebki stawowej nie wyłącza.

W ten sposób rozpatrzywszy objawy i przebieg pierwotnego mięsaka torebki stawowej kolana, słusznie, jak nam się zdaje, sądzić możemy, że jego rozpoznanie w przeważnej części przypadków nie powinno właściwie sprawiać osobliwszych trudności, jeśli się tylko wogóle o tem, tak dotychczas rzadkiem cierpieniu pamięta. Najłatwiej pomieniać postać rozlaną mięsaka torebki stawowej kolana z gruźliczem zapaleniem kolana, gdyż w obu cierpieniach znajdziemy znaczny wrzecionowaty obrzęk okolicy kolana, skórę nad nim niezaczerwienioną, ciepłotę miejscową niepodniesioną. Nawet rozszerzenia żył, tego zresztą znamiennego objawu mięsaków, w największej części przypadków nie spostrzeżemy. Najczęściej stwierdzimy chełbotanie lub przynajmniej jego pozory *(pseudofluctuatio)* w guzie, oraz tak, jak przy gruźlicy tego stawu, będzie przebieg choroby powolny, co się zazwyczaj przy mięsakach nie zdarza. Badając jednakże dokładniej, znajdziemy wiele różnic między gruźlicą, a mięsakiem stawu kolanowego: 1) W korzystnych przypadkach będziemy mogli wymacać mniej lub więcej duże, stałe, ograniczone guzy lub guzki, co będzie przemawiało za mięsakiem, a przeciw gruźlicy. 2) Ruchomość nigdy nie będzie po tak długiem (3 lata i dłużej, a nawet 13) trwaniu cierpienia w zapaleniu gruźliczem tego stawu tak swobodną, jak w przypadkach mięsaka torebki stawowej kolana. 3) W małej tylko części przypadków gruźlicy nie będzie w późniejszych okresach tarcia i trzeszczenia przy wykonywaniu ruchów w stawie, a także chód bywa w toku gruźlicy upośledzony i przykurczenia kończyny bywają częste, czego nie zauważano zazwyczaj przy pierwotnym mięsaku torebki stawowej; 4) podobnież w dwóch tylko przypadkach stwierdzono zanik mięśni dotkniętej mięsakiem kończyny. 5) W późniejszych okresach gruźliczego zapalenia stawu wydobędziemy przy nakłuciu zazwyczaj płyn ropny lub surowiczoropny; natomiast przy mięsaku nigdy nie wydobyto ropy, jak również nigdy nie było przetok. 6) Badanie promieniami Roentgena stwierdzi w przypadkach mięsaka prawie zawsze, że kości nie są zmienione; natomiast w zapaleniu gruźliczem stosunkowo często, przedewszystkiem po dłuższem trwaniu choroby, dostrzeżemy zmiany w kości i w powierzchniach stawowych, chrząstką pokrytych. 7) Nareszcie w jednym tylko przypadku mięsaka torebki stawowej kolana była ciepłota ogólna podwyższona, gdy gorączka w przebiegu zapalenia gruźliczego stanowi regułę.

Posiadamy przeto dosyć cech rozpoznawczych, aby módz w danym przypadku odróżnić gruźlicę stawu kolanowego od mięsaka jego torebki stawowej. Sądzę też, że nam się to w przyszłości częściej powiedzie, skoro tylko uwagę w tym kierunku zwrócimy i pamiętać będziemy o tem, że długie trwanie choroby (3. 6, a nawet 13 lat) wcale mięsaka torebki stawowej nie wyłącza. Tak n. p. pisze Julliard, że w swoim bardzo trudnym przypadku dlatego tylko myślał, — po wyłączeniu gruźlicy stawu kolanowego —, o wielokomorowej torbieli, biorącej początek z jednej z kaletek śluzowych (*bursa mucosa*), w okolicy stawu się znajdujących, ponieważ nie przypuszczał zgoła, aby mięsak, znany jako tak złośliwy nowotwór, mógł trwać od lat 13. Gdyby nie to, to byłoby go, — jak sam powiada, — naprowadziło na właściwe rozpoznanie znaczne uniesienie rzepki od kłykciów kości udowej, oraz znaczny obrzęk, w którym wymacał twarde, ograniczone guzy. Guzowatą postać mięsaka torebki stawowej kolana rozpoznano w jednym przypadku (Marsh) jako gruźlicze zapalenie okostnej, połączone ze zgrubieniem okolicznych tkanek. I w tym przypadku było długie, bo aż 6-letnie trwanie cierpienia powodem, że nie myślano o mięsaku. Skoro jednak obecnie wiemy, że długie trwanie choroby nie wyłącza mięsaka, to właśnie ta okoliczność powinnaby była w tym przypadku rozpoznanie na stronę mięsaka przechylić, gdyż obrzęk trwał przez 6 lat, a mimo to ani nie wytworzyły się przetoki, ani staw nie zawierał ropy, o czem można się było łatwo przekonać przez próbne nakłucie, które byłoby wykryło płyn krwawy lub krew. Także ta okoliczność, że mimo tak długiego trwania choroby ani powierzchnie stawowe kości, ani chrząstki nie były zajęte, przemawiała przeciw gruźlicy stawu. Od włókniaków i tłuszczaków trudno będzie przed zbadaniem mikroskopowem, a tem bardziej przed operacyą, małe, uszypułowane mięsaki odróżnić.

Co się tyczy rokowania, to nie należy rokować zbyt niepomyślnie, a to ze względu na powolny przebieg tego cierpienia i ze względu na to, że gruczoły pachwinowe wcale nie, lub tylko bardzo późno bywały zajęte. Jeśli w niektórych przypadkach zdarzały się miejscowe nawroty, to winić o to należy sposób postępowania operacyjnego (ograniczone wycięcie). Przypadek Garrègo, w którym pomimo odjęcia kończyny nastąpiły przerzuty, nie może tu wchodzić w rachubę, ponieważ już w czasie operacyi stwierdzono w szpiku kości udowej masy mięsakowe tak, że nawet Baumgarten uważał ten przypadek za mięsaka, wychodzącego ze szpiku kostnego, chociaż Garrè utrzymuje, że zmiany w szpiku były dopiero następowe.

Leczenie może być, rzecz oczywista, tylko operacyjne. Ograniczonego wycięcia nawet zupełnie ograniczonego guza nie możemy uważać za wystarczający zabieg, gdyż zbyt łatwo mogą potem nastąpić miejscowe nawroty (n. p. w przypadku Marsha), chociaż w przypadkach, gdzie guz był osadzony na szypułce, jak to Weir opisuje, nastąpiło zupełne wyleczenie. Nie mogę podzielać zapatrywania Julliarda, który twierdzi, że typowa lub atypowa resekcya lub artrektomia stawu kolanowego nie jest w przypadkach rozlanego mięsaka torebki stawowej kolana zabiegiem odpowiednim. Wszystko to zależeć będzie od czasu trwania cierpienia i jego rozległości, przedewszystkiem zaś od tego, czy i w jakim stopniu kości są zajęte.

Opierając się na stosunkowo znacznej liczbie mięsaków kończyn, spotykanych w naszej klinice, sądzimy, że resekcya stawu kolanowego, połączona z doszczętnem wycięciem całego nowotworu w największej części przypadków wystarczy, a tylko w bardzo posuniętych przypadkach będziemy musieli uciec się do odjęcia lub wyłuszczenia kończyny.

Oceny i sprawozdania.

Principiis obsta! (Ein Mahnwort an die Berufsgenossen in der Frage der Krebstherapie von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Dokończenie).

Podane w odezwie wskazówki są następujące:

Co do raka skóry: Pierwotne raki nabłonkowe skóry można bardzo łatwo wcześnie rozpoznać; rokowanie bywa przeważnie znacznie lepsze, niż w rakach innych narządów, wzrost raka skórnego zaznacza się od samego początku wobec powierzchownego ułożenia guza, a to się najczęściej wydarza, zjawianiem się guzków różnej wielkości, a więc główki od szpilki aż do ziarnka prosa, któ.e to guzki są blade albo różowawe, przeświecające albo jakby porcelanowe tak, iż przypominają bańki mocno wypełnione; guzki te, co najważniejsza, odznaczają się wielką zbitością utkania. Guzki te, dalej rosnąc, mogą tworzyć jakby wały, mogą się z sobą zlewać, zachowują jednak wciąż wszystkie swoje dawne cechy, a przedewszystkiem wybitną zbitość. Guzy rakowe, składające się z wybujałych nabłonków, mogą się w dalszym przebiegu złuszczać i w ten sposób powstają płaskie, sączące albo cienkimi strupami pokryte ubytki w tkance, które się zwykle utrzymują przez długi czas, albo wreszcie zabliźniają się. Ponieważ takie powierzchowne raki wytwarzają się z brodawek, znamion skórnych, blizn lub innych nadwerężeń skóry, przeto ich zwyrodnienie rakowe zaznacza się przedewszystkiem wpadającym w oko wzrostem i twardnieniem bujającej tkanki.

Znacznie trudniej jest rozpoznać raki, rozwijające się w głębi skóry; w rozpoznaniu różniczkowem ważnym objawem jest i tu twardość guza. Jeśli rak, rosnąc z głębi skóry, wydostanie się na powierzchnię, to wtedy zobaczymy i tu tesame twarde, białawo przeświecające guzki, jak w powierzchownym raku skóry. Gdy rak powierzchowny najczęściej rośnie wolno w obwodzie i nie buja w głąb skóry, wskutek czego zwykle bardzo długo (przez dziesięć, dwadzieścia, a nawet trzydzieści lat) naczynia chłonne i gruczoły bywają zupełnie nie zajęte, czyli innemi słowy: gdy w wielu przypadkach rak powierzchowny przez długie lata bywa cierpieniem skóry miejscowem, to raki, wychodzące z głębszych warstw skóry, w krótkim czasie zwykle zakażają gruczoły i skutkiem tego prędko się rozszerzają. Takie głębokie raki skóry prędko rosną, łatwo się rozpadają, przechodzą często na tkanki pod skórą leżące, jak mięśnie, okostna i t. d., stąd też i rokowanie mniej korzystne.

Najprędzej rośnie rzadka na skórze postać raka brodawczakowego; rokowanie wtedy jest stosunkowo najgorsze. Podstawa tych nowotworów jak zawsze twarda, chociażby same brodawczaki skutkiem utraty nabłonka lub zapalnych powikłań były miękkie.

Obok tych trzech klinicznych typów istnieją najrozmaitsze postacie przejściowe: wszystkie jednak cechują się bladością i twardością świeżych wybujałych części. Guzy te powinno się zawsze usuwać jak najgłębiej.

Co do raka wargi. Rak wargi pojawia się z początku albo w postaci brodawki, albo małego guziczka, albo pęcherzyka, albo też strupa. W najwcześniejszych okresach przedstawia się rak wargi zwykle jako małe, niewiele nad powierzchnię wystające, albo w stosunku do otoczenia nieco zagłębione stwardnienia wśród czerwieni wargowej, zwykle tuż przy brzegu skóry leżące. Na stwardnieniach tych nie znajdujemy wtedy zwykle gładkiej i tęgiej powłoki naskórkowej, błona śluzowa jest w tych miejscach owrzodziała, często krwawi, a wydziela rzadką i trochę klejką wydzielinę, która łatwo zasycha i tworzy strupy. Powierzchnia ogniska chorobowego staje się nierówną i popękaną. Z czasem rozwija się w otoczeniu wrzodu naciek. Znacznie później unoszą się brzegi wrzodu na kształt wału i obrzękają gruczoły pod szczęką. U młodych ludzi możnaby wobec takich wrzodów myśleć jeszcze o pierwotnem stwardnieniu kiłowem.

Co do raka języka, dna ust i błony śluzowej policzków. Mówiąc o raku tych części, należy przedewszystkiem wspomnieć o tych cierpieniach, które na długie lata przedtem niejako grunt dla raka przygotowują: łuszczyca jamy ustnej *(leukoplakia oris)* i wrzód odleżynowy. Rak języka przedstawia się z początku jako mały, powierzchowny wrzód, albo jako zbity, guzowaty naciek, wystający mniej lub więcej ponad powierzchnię języka. Dopiero kiedy się wrzód wytworzy, zjawiają się bole. Najtrudniej odróżnić raka od kilaka, tem bardziej, że obie sprawy mogą się wzajemnie wikłać. Przed zastosowaniem przeciwkiłowego leczenia powinno się kawałek guza wyciąć i zbadać drobnowidowo dla ustalenia rozpoznania. Wycięcie odosobnionego guzka gruźliczego, jako jedynego przejawu gruźlicy, jest napewno wskazane, a zamienienie tego cierpienie z rakiem nie miałoby w takim razie, praktycznie rzecz biorąc, żadnego znaczenia. Również i guzy promienicze mogą być niezwykle podobne do raków. I te też najlepiej wycinać.

Rak dna ust, o ile jest pierwotnym, a nie towarzyszy rakowi języka, wychodzi z powierzchownego nabłonka, albo też z głębokich gruczołów tej okolicy. Występuje z samego początku jako guzek na więzadełku językowem, albo w okolicy gruczołu podjęzykowego, bardzo prędko rozpada się, albo też zjawia się odrazu w postaci wrzodu. Staje się szczególnie złośliwym, kiedy już raz przejdzie na luźne utkanie błony podśluzowej, gdzie znajduje korzystne warunki rozrostu. Rak błony śluzowej policzka zaczyna się rozwijać najczęściej naprzeciw spróchniałych zębów i dlatego nieraz trudno go odróżnić od wrzodu odleżynowego. Najzłośliwszemi postaciami są tu te raki, które wychodzą z tylnych części błony śluzowej policzka i wywołują w krótkim czasie szczękościsk.

Co do raka krtani. Jeszcze dobrze tkwi w pamięci wszystkich lekarzy, jak to w czasie, kiedy zachorował na raka krtani cesarz niemiecki, wiele osób zgłaszało się do lekarzy, bo im się zdawało, że już mają raka krtani, a tymczasem badanie ich nie stwierdzało żadnych zgoła zmian, albo tylko bardzo drobne. Bardzo łatwo wtedy daną osobę uspokoić, ale tylko po dokładnem, specyalistycznem zbadaniu, bo publiczność już dzisiaj jest na tyle oświeconą, że uspokaja się tylko po zbadaniu krtani wziernikiem. Z drugiej strony wiemy, że pod pozornie drobnymi, mało znaczącymi objawami może się kryć poważne cierpienie, każdy więc przypadek powinno się dlatego badać jak najdokładniej, jeśli nie mają ponieść szkody zarówno chory, jak lekarz: pierwszy na swem zdrowiu, drugi na swej sławie. Bardzo często rozpoznaje się u osoby, która zdrowo wygląda, zwykły nieżyt, gdy w istocie, jak zbadanie wziernikiem stwierdza, chodzi o ciężkie cierpienie, gdyż rak może długo nie dawać żadnych objawów, a nawet może nie wywołać charłactwa i gruczoły mogą być niezajęte, chociaż sprawa daleko posunięta. Gruczoły obrzękają zwykle dopiero znacznie później, kiedy guz nowotworowy się rozpada.

A więc wszystkich chorych na krtań, nietylko starszych, ale i młodych, powinno się badać jak najdokładniej wziernikiem. Opisano już sporo przypadków raka krtani u osób, niewiele starszych nad lat 30.

Jeśli badanie wziernikiem pozwala stwierdzić, że nowotwór w postaci znamiennej brodawki usadowi się czyto na więzadłach głosowych, czyto, że z więzadeł wychodząc, przechodzi na ścianę boczną lub tylną krtani, to rozpoznanie wtedy nie sprawia żadnej trudności. Jeśli nowotwór ma postać brodawki, to trudno rozstrzygnąć, czy to jest cierpienie łagodne, czy rak, bo opisano już przypadki, w których rak miał postać brodawki na szypułce. Wtedy trzeba wydobyć kawałek nowotworu celem drobnowidowego zbadania, co po znieczuleniu kokainą łatwo wykonać zapomocą odpowiednich kleszczyków krtaniowych. W tych przypadkach, w których

rak rozwija się w postaci nacieków mniejszych lub większych w ścianach krtani, bywa rozpoznanie nieraz bardzo trudne. Przy rozpoznaniu wtedy niewolno nam polegać na bólu, rozpromieniającym się od krtani do ucha wśród łykania, gdyż spotykamy go i wśród zapalenia ochrzęstnej, zapalenia, wywołanego jakąkolwiek przyczyną. Doniosłe znaczenie ma nierówna, guzowata powierzchnia. Jeśli i tego nie ma, to uwzględnienie wszystkich klinicznych objawów razem, wreszcie dalsze spostrzeganie musi sprawę wyświetlić. Dla spostrzegania chorego należy jednak ustalić pewien przeciąg czasu, aby nie stracić odpowiedniej dla zabiegu chwili. Że zabieg (wyłuszczenie połowy lub całej krtani) daje znakomite wyniki, tego dowodzi statystyka, która dotąd zebrała przypadki stałego uleczenia nawet po długich latach; natomiast w przypadkach, w których cierpienia nie rozpoznano i stosowano niepotrzebne, najczęściej przeciwkiłowe, leczenie, chorzy zawsze wśród dotkliwych cierpień ginęli.

Co do raka sutka. Wczesne rozpoznanie raka sutka należy nieraz do bardzo trudnych. Wszystkie podawane zwykle objawy, jak powstawanie guza z równoczesnymi objawami kurczenia się tkanki sąsiedniej, wzrost guza, połączony z naciekiem w tkance sutka, obrzęk gruczołów chłonnych w okolicy (skutkiem przerzutów), są stosunkowo późne, znamionują już dobrze rozwinięty nowotwór. Nawet małe guzy, które mają pozory łagodnego nowotworu, powinno się operować tem bardziej, że nieraz łagodne nowotwory z biegiem czasu mogą stać się złośliwymi. Najtrudniej jest odróżnić raka sutka od przewlekłego śródmiąższowego zapalenia sutka. Jeśli prawdopodobniejszym jest rak ze względu na wywiady, wiek, przebieg, względną nieczulość i t. p., to powinno się tak postąpić, jak gdyby rozpoznanie raka było pewne. Chociaż rak nabłonkowy skóry, kankroid, zwłaszcza na brodawce sutkowej albo w jej najbliższem sąsiedztwie, jest cierpieniem stosunkowo łagodnem, to jednak powinno się go operować i to, o ile możności, zanim zacznie wrzodzieć. Szczególna postać tego cierpienia, t. z. choroba Pageta, odznacza się okresem zwiastunowym w postaci przewlekłego wyprysku, który zatem zasługuje na uwagę, ilekroć pojawi się na sutku.

Co do raka żołądka. Nie mamy dotąd niezawodnych danych dla wczesnego rozpoznawania raka żołądka. Brak kwasu solnego, oraz kwas mlekowy towarzyszą zwykle późnym okresom raka. Również szybkie chudnienie zjawia się wcześnie tylko w tych przypadkach raka żołądka, w których wytwarza się zwężenie odźwiernika z następowemi wymiotami. Jeśli znajdujemy wyraźnie macalny guz, to rozpoznanie nie sprawia żadnych zgoła trudności. Często jednak zdarza się, że raków, wychodzących z krzywizny małej długi czas nie można wymacać u ludzi, którzy powłoki brzuszne napinają. W takich razach wymacać można guz dopiero w późnym okresie choroby.

W obec tego, że chirurgia może się poszczycić coraz lepszymi wynikami wycięcia żołądka (*resectio*), wydaje się słusznym wniosek, że raki żołądka powinno się operować, zanim stają się dostrzegalne i macalne jako wyraźne guzy. Powinno się zatem, mając przed sobą chorego, u którego można przypuszczać raka żołądka, zważyć dokładnie wszelkie dane, wszelkie objawy i jeśli tylko prawdopodobieństwo za rakiem przemawia, polecić choremu laparatomię próbną, która dzisiaj nie jest przecież zabiegiem niebezpiecznym. Tylko w ten sposób można osiągnąć cel wczesnej operacyi, czyli trwałe wyleczenie.

Co do raka jelita. Rak jelita cechuje się głównie dwoma znamiennymi objawami: 1) zwężeniem zajętej pętli jelitowej i 2) powstawaniem guza. Zwężeniu towarzyszą zawsze mniej lub więcej wybitne objawy nieżytowe. Spostrzegać możemy wtedy zarówno biegunkę, jak zaparcie, albo też naprzemian biegunkę z zaparciem. Stosunkowo wcześnie zjawiają się kurczowe bóle brzucha, które mogą wzmagać się aż do najgwałtowniejszej kolki z widocznymi przez powłoki ruchami robaczkowymi i stawianiem się jelit, szczególniej, jeśli zajęte są jelita cienkie. Przy raku jelita cienkiego można stwierdzić bardzo zwiększoną ilość indykanu w moczu. Jeśli rak zajmuje niższe odcinki jelita grubego, to wypróżnienia przeważnie przenikliwie cuchną i zawierają śluz lub krew. Nawet większe guzy trudno wymacać, jeśli brzuch jest wzdęty. Raki kurczące się, szczególniej jeśli wychodzą z okrężnicy esowatej, na ogół są trudno macalne. Jeśli więc inne objawy przemawiają za rakiem, to nie wolno go wyłączać na tej podstawie, że go nie możemy wymacać.

Co do raka odbytnicy. Dziwna rzecz, że nawet raka odbytnicy rozpoznają lekarze stosunkowo jeszcze bardzo często dopiero w późnych okresach, pomimo, że nie powinien tak łatwo ujść ich uwagi, zwłaszcza, że można go łatwo i bezpośrednio wymacać palcem. W praktyce zdarza się prawie codziennie, że krwawienie z odbytnicy, towarzyszące wczesnym okresom raka, uznaje się bez należytego dokładnego miejscowego zbadania za objaw guzów krwawniczych i jako krwawnice zwykle się też leczy, tem bardziej, że chorzy często dobrze wyglądają i dlatego lekarzom ani przez myśl nie przejdzie, iżby u tak dobrze odżywionego osobnika rozwijał się rak. I dlatego, jeśli chorzy żalą się na krwawienia z odbytnicy i zjawianie się śluzu w wypróżnieniach, jeśli narzekają na dotkliwe i uporczywe parcie lub zaparcie żywota, to nie powinien się lekarz zadowolnić rozpoznaniem krwawnic, jeśli je nawet istotnie oglądaniem stwierdzono. W takim przypadku powinno się zawsze zbadać odbytnicę dokładnie palcem, czy to ułożywszy chorego na czworakach, czy to u chorego stojącego, aby z bezwzględną pewnością wyłączyć raka. Za tem, że w danym przypadku istnieje zwężenie pierścieniowate, włóknisto-rakowe, usadowione wysoko czyto w odbytnicy, czyto w zagięciu esowatem, które to zwężenia palcem nie dadzą się dosięgnąć, przemawia rozziew końca odbytnicy (*ampulla*). Objaw ten przemawia za wysokiem usadowieniem zwężenia.

Co do raka dróg moczowych. W rozpoznaniu opieramy się tu, pomijając zresztą zaburzenia czynnościowe, na miejscowych bólach, na wynikach bezpośredniego badania palcem, a głównie na moczeniu krwawem. Mocz krwawy wymaga bezzwłocznego użycia cystoskopu, a nawet zbadania moczowodów zgłębnikami. Tylko te sposoby badania pozwolą nam rozpoznać raki pęcherza i nerki na samym początku ich rozwoju i oddać do leczenia chirurgom.

Co do raka części rodnych niewieścich. Rak macicy wydarza się u kobiet, od 20 roku życia począwszy, w każdym wieku. A nawet i ta granica wieku nie ma żadnego znaczenia, jeśli uwzględnimy i inne złośliwe nowotwory, gdyż n. p. mięsaki mogą powstawać i u dzieci bez względu na wiek.

Najczęstszym i największym błędem jest oglądanie się na odżywienie chorej i branie w rachubę tego szczegółu przy rozpoznawaniu raka. Jak niezawodnie zjawia się charłactwo w późnych okresach raka, tak na odwrót odżywienie ogólne może nie uledz żadnym niekorzystnym zmianom w pierwszych okresach tego cierpienia.

Najważniejszym bezsprzecznie objawem jest krwawienie, które nie ma związku z miesiączką. Zjawia się ono atypowo między okresami miesiączkowymi, a szczególnego nabiera znaczenia, jeśli się zjawia po dotknięciu macicy (*Kontaktblutungen*), a więc n. p. wśród badania palcem, po założeniu wziernika macicznego, a przedewszystkiem po spółkowaniu. Krwawienie wywołane spółkowaniem, co prawda nie zawsze, ale w przeważającej większości przypadków ma swą przyczynę w raku szyi macicznej i dlatego powinno się w każdym wątpliwym przypadku badać chorą w tym kierunku. Krwawienie takie nie musi być od razu gwałtowne; przeważnie znajdują chore wtedy zaledwo kilka drobnych plam krwawych na bieliźnie.

Bardzo ważne i uwagi godne są krwawienia, które się zjawiają w nieregularnych okresach czasu w porze przekwitania i potem u kobiet starszych. Z małymi wyjątkami spotykamy w takich przypadkach prawie zawsze raka i dla-

tego jest ciężkiem zaniedbaniem obowiązków lekarskich nie badać dokładnie chorej przekwitającej lub przekwitłej, skarżącej się na krwawienie z części rodnych.

Dalszym objawem są upławy, które zjawiają się jednak w późniejszym okresie wtedy, kiedy tkanka nowotworowa już ulega obumarciu. A zjawiają się wtedy upławy w takiej postaci (posokowate, cuchnące, zmieszane z krwią albo strzępami tkanek), jakiej chore najbardziej się boją. Z samego początku bywają jednak upławy bardzo skąpe, wodniste, podobne do opłuczyn mięsa, i tworzą na bieliźnie plamy o znanych powszechnie brzegach, przyczem często wywołują mniej lub więcej wyraźny świąd na częściach rodnych zewnętrznych.

Do niezwykłych przypadków należy ból we wstępnym okresie raka macicy; zjawia się on zwykle dopiero w późniejszych okresach.

Jeszcze mniej wyraźne bywają objawy rozpoczynającego się raka jajników lub niezwykle rzadkiego raka jajowodów.

Jeśli się ma najlżejsze przypuszczenie raka, powinno się jak najwcześniej dokładnie badać, by przypadku nie zaniedbać, bo pod tym względem każdy dzień powinien wchodzić w rachubę.

Rozpoczynającego się raka części pochwowej najprędzej rozpoznać można, badając palcem, a wtedy, o ile błona śluzowa jest jeszcze niezajęta, to cała część pochwowa sprawia wrażenie grubszej, guzowatej, o nieregularnych obrysach, zaś błona śluzowa na samym guzie jest nieprzesuwalna — jak to Thiersch trafnie określa, jak gdyby gwoździkami była przymocowana do podłoża. Obecność pęcherzyków Natha, które również błonę śluzową do podłoża mogą przytwierdzać, przemawia raczej przeciw rakowi. Pomieniać można również raka części pochwowej z małymi, w tej okolicy niezwykle rzadkimi mięsakami.

Jeśli jednak rak już przebił błonę śluzową, to można mylnie wziąć go za łagodną nadżerkę lub wywinięcie części pochwowej. Otóż wrzód rakowy cechuje się, co się da stwierdzić zarówno dotykiem, jak oglądaniem, tem, że brzegi ubytku ma ostrzejsze, twardsze i podminowane, dno wrzodu nieco zagłębione (z powodu ubytku), nieco ziarniste, słabo żółtawe lub szaro-żółtawe, gdy natomiast nadżerki miewają ciemniejszą, czerwoną lub sino-czerwoną barwę. Powierzchnia raka jest nierówna, łatwo z niej czasem można palcem oddzielić strzępy tkanki obumarłej, po badaniu krwawi, co jest najważniejszą i najpewniejszą cechą raka, chociaż wydarzyć się może takie krwawienie także i z nadżerek, polipów śluzowych i t. d.

Znacznie trudniej jest rozpoznać raka szyi macicznej. Bo może on sprawić w szyjce już wielkie spustoszenia, a nic się nie da jeszcze wykryć ani na ujściu macicznem, ani na części pochwowej. Często, kiedy dopiero wśród coraz dalszego rozwoju rak nadżera zewnętrzny otwór ujścia macicznego, wydaje się nam, że mamy przed sobą początkowy okres raka. Tymczasem palec, wsunięty do szyjki macicznej, trafia na szeroką rozpadłą jamę.

Jeśli się nie uda palca wsunąć do szyi i tam wymacać czyto guza, czy też wrzodu, to rozpoznanie nie może być pewnem. Szyjka maciczna bywa raz rozdęta, czasem nawet jak balonik, innym razem niejednostajnie zbita, tu i ówdzie czuć w niej miejsca miększe, w które bardzo łatwo wnika zgłębnik, a jeśli pewna część ściany jest zniszczona, dają się wtedy łatwo ugnieść brzegi ujścia macicznego, przyczem często wypływa krew z szyjki. Badanie wziernikiem nie daje dopóty żadnych wyników, dopóki rak nie zajmie brzegów ujścia macicznego, natomiast nieraz wyświetla sprawę badanie zgłębnikiem, przyczem można wyczuć zagłębienia o nieregularnych obrysach, guzowate, o twardem dnie i brzegu, przyczem bardzo łatwo wniknąć można w tkankę i wywołać krwawienie.

Należy jeszcze zaznaczyć, że rak szyjki macicznej bardzo łatwo przechodzi na tkankę łączną i naczynia chłonne, i dlatego wczesne ustalenie macicy przemawia za rakiem.

Raka trzonu macicy w okresach wczesnych przy zamkniętem ujściu macicznem prawie nigdy nie można napewno rozpoznać. Części macicy, dostępne badaniu palcem i okiem, są z początku niezmienione, dopiero w późniejszym okresie trzon macicy twardnieje, powiększa się lub nie ulega starszemu zanikowi, a kształt jego staje się nieregularny. Badając wziernikiem, można często wyczuć chropowatą, rozstrzępioną tkankę, jednak na tych danych, stwierdzonych zgłębnikiem, nie można bezwzględnie polegać. Rozpoznanie nabiera prawdopodobieństwa, jeśli sprawa dotyczy kobiet starszych, przekwitłych, które krwawią. Krwawienia takie przemawiają za rakiem, należy jednak mieć się na baczności, by nie pomieniać sprawy z innemi cierpieniami (gruczolak, polipy śluzowe, resztki po poronieniu, zapalenie błony śluzowej macicy, gruźlica i t. d.).

W przypadkach wątpliwych rozstrzyga badanie drobnowidowe, które w takich razach jest konieczne i niezbędne. Tkankę do badania uzyskuje się albo przez wyskrobanie macicy, albo przez wycięcie kawałków z zajętych części. Technika wyskrobania jest znana, a skrobanie jest małym, przy przestrzeganiu wszelkich przepisów nie niebezpiecznym zabiegiem. Już uczucie, jakie się ma przy skrobaniu macicy, i obejrzenie wyskrobanych strzępów gołem okiem dozwalają na niejakie wnioski, gdyż przy raku macicy otrzymujemy przez skrobanie większe lub mniejsze kawałki tkanki w postaci grudek o nierównej powierzchni, które rozcierane w palcach sprawiają wrażenie okruszyn.

Wyskrobane strzępy powinno się zaraz wrzucać do absolutnego alkoholu albo alkoholu zmieszanego z sublimatem[1]); przepisy badania drobnowidowego znaleźć można w podręcznikach. Jeśli ktoś nie ma wprawy w drobnowidowem badaniu, to powinien preparat odesłać do zawodowca albo do patologicznego anatoma, gdyż i histologiczne badanie może wśród pewnych okoliczności być niezwykle trudne.

Wobec tego, że raki macicy, jak już powyżej wspomniano, często się niczem na zewnątrz nie objawiają, należy dążyć do częstszego, regularnego badania kobiet. Odnosi się to szczególniej do czasu przekwitania, a więc do czasu, w którym chore wszystkie dolegliwości tłómaczą sobie przekwitaniem. W innych razach uznają kobiety w zasadzie słuszność podobnej rady, jeśli się np. od nich żąda, by kilka razy do roku chodziły do dentysty, aby z samego początku zaradzać złemu.

Równie niezbędnie potrzebnem jest jaknajwcześniejsze badanie w przypadkach poczynających się raków w przydatkach. Wprawdzie rozpoznanie należy tu często do bardzo trudnych, nieraz nawet zupełnie niepodobna rozpoznać, kiedy brodawczak jajnika przebił powierzchnię i kiedy go należy uważać za złośliwy nowotwór. Najwprawniejsi mylą się, biorąc włókniaki macicy i jajnika za raki, jednak obecność małych twardych guzów, jakie spotykamy wśród brodawczaków, wczesne zrośnięcie się jajników z macicą i jelitami, szybki wzrost guza, zjawianie się puchliny brzusznej i bólów, będą zawsze uzasadniały rozpoznanie raka.

Dalszym obowiązkiem lekarza jest strzedz swoje chore, by się nie zwracały do akuszerek, „lekarzy naturalnych“ i t. d., a tembardziej nie powinni lekarze, jak to się nieraz wydarza, sami odsyłać chorych do akuszerek. Także i pod tym względem pouczenie, które rozesłał Winter do akuszerek, przyniosło bujne owoce. Gdy przed ukazaniem się pisma Wintera 54% akuszerek, do których zwracały się chore, postępowało źle, gdyż albo same leczyły chore, albo też nie odsyłały ich zaraz do lekarza, to potem zdarzyło się takie postępowanie tylko u siedmiu akuszerek. *Stahr.*

---

[1]) Przy obecnej technice badania mikroskopowego skrawków zamrażanych najlepiej używać do tego 2% lub 4% formaliny (*Przyp. spr.*).

Prof. Politzer, Doc. Brühl: **Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde.** 265 kolorowych obrazów na 47 tablicach i 163 rycin w tekście (Lehmann, Monachium 1905).

Przed kilku laty zdałem sprawę z pierwszego wydania tego dzieła. Rychłe drugie wydanie mimo tylu innych wybornych podręczników otyatryi świadczy o poczytności i wielkich zaletach. Dokładna anatomia kości skroniowej, której brak w innych podręcznikach, podnosi bardzo wartość tego dzieła. Liczne doskonałe rysunki ułatwiają niezmiernie zrozumienie treści. W nowem wydaniu tekst jest w części powiększony, w części przerobiony, liczba rysunków znacznie pomnożona, a wśród nich zasługują na uwagę nowe obrazy, przedstawiające zmiany patologiczne w otosklerozie i we wrodzonej i nabytej głuchoniemocie. Uzupełnienia i dodatki w tekście tyczą się prawie wszystkich rozdziałów, przeważnie zaś części chirurgicznej, stosownie do najnowszych postępów nauki, jak n. p. operacyjnego leczenia ropienia błędnika, otwarcia opuszki żyły szyjnej i t. p. Nowymi, a na dobie, są ważne ustępy: „Arbeitsunfähigkeit Kassenkranker“, „Schwerhörigkeit in der Schule“.

Jednej wady nie możemy pominąć. Cyfry, podane w tekście, nie zawsze zgadzają się z obrazami, do których się odnoszą, wada, która może początkujących zbałamucić, którą jednak z łatwością można w przyszłości usunąć.

Dr. R. Spira.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Vansteenberghe i Grysez. **O jelitowem pochodzeniu pylicy węglowej płuc.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1905, Nr. 12). Powszechnie przyjęto, że pylica węglowa płuc powstaje przez wdychanie cząstek węgla do pęcherzyków, skąd przez fagocytozę dostają się do miąższu płucnego. Dziwna, że przytem górne drogi oddechowe nie ulegają pylicy; przyjmowano jednakże, że i tu ona może powstać, jeżeli istnieją poprzednio zmiany (zniekształtnienia i t. p.), lub jeżeli cząstek węgla we wdychanem powietrzu jest niezwykle dużo. Nowe zapatrywania na powstawanie gruźlicy płucnej zachęciły autorów do ponownego doświadczalnego zbadania sprawy pylicy. Doświadczenia wykonano w pracowni Calmettea w Lille. Podając dorosłym świnkom morskim pył węglowy lub tusz chiński w pokarmach, stwierdzili autorowie u zwierząt, zabitych w dobę lub dwie doby później, ogniskową pylicę płuc i znaczną pylicę gruczołów śródpiersia; gruczoły krezkowe były wolne; natomiast to samo doświadczenie u zwierząt młodych wywoływało pylicę gruczołów krezkowych bez zmian w płucach i śródpiersiu. Te same wyniki uzyskano po wlewaniu tuszu przez zgłębnik wprost do żołądka. W dobę po wstrzyknięciu 1 ctm.³ sadzy świnkom morskim do otrzewnej stwierdzali autorowie to samo, co po zadawaniu wewnętrznem, t. j. u zwierząt dorosłych zmiany w płucach i gruczołach śródpiersia, u młodych zaś w gruczołach krezkowych. Częstsze wstrzykiwania wywoływały pylicę wszystkich gruczołów i szpiku kostnego. U zwierząt, które wdychały sadze czas dłuższy, wypełnia pył węglowy całe drogi oddechowe, zarówno górne, jak i płuca, ale w płucach leży on tylko we wnętrzu pęcherzyków, a nie wśród miąższu; po krótszem wdychaniu, zwłaszcza u zwierząt, oddychających przez nos (jak n. p. króliki), znajduje się pył węglowy tylko w nosie, gardle i przełyku, a niema go w tchawicy i płucach. Po podwiązaniu przełyku pylica płuc nie powstawała mimo długiego wdychania sadzy. Po zatkaniu jednego oskrzela (przez ranę tracheotomijną), a przy przełyku drożnym, powstawała po długiem wdychaniu sadzy pylica w obu płucach: w płucu, do którego zatamowano dopływ powietrza, znaleziono cząstki węgla głównie w samym miąższu płuca, w płucu zaś oddychającem przedewszystkiem w świetle pęcherzyków. Z doświadczeń tych wnoszą autorowie, że pylica węglowa płuc może wprawdzie powstawać przez wdychanie, że jednak najczęściej powstaje przez wessanie cząstek węgla w jelitach, dokąd dostają się z połykaną śliną i śluzem z nosa, gdzie pierwotnie osiadły. Z jelit drogami limfatycznemi przechodzą, zdaniem autorów, cząstki węgla u dorosłych do przewodu piersiowego, a stamtąd z krwią żylną przez serce prawe do płuc. Jeżeli gruczoły oskrzelowe są zdrowe, to płuco wnet pozbywa się węgla, który odkłada się w tych gruczołach; jeżeli zaś drogi limfatyczne są zmienione, lub jeżeli zbyt dużo węgla do nich się dostaje, wtedy i płuca ulegać muszą znaczniejszej pylicy.

Ciechanowski.

Mezincescu. **Prątki rzekomo gruźlicze, a rozpoznawanie gruźlicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 48). Mezincescu opisuje następujący przypadek. U chorego na policzku znajdował się guz, mający kilka ctm. średnicy. W środku guza był ubytek, owrzodzenie, otoczone zgrubiałym brzegiem. Z owrzodzenia sączyła się ropa. Badanie mikroskopowe wykryło w ropie obok licznych komórek ropnych i paciorkowców, prątki, z kształtów zupełnie podobne do prątków gruźliczych i tak, jak prątki gruźlicze, nie odbarwiające się zapomocą kwasów. Dokładniejsze jednak badanie dowiodło, iż nie były to prątki gruźlicze, lecz że były to mikroby, należące do gromady prątków mastki (*b. smegmatis*). Histologiczne badanie wyciętego kawałka guza stwierdziło, iż był to nabłoniak. Mezincescu zwraca uwagę na liczne błędy rozpoznawcze, popełnione przez wielu lekarzy, którzy rozpoznali gruźlicę na zasadzie stwierdzenia w preparatach mikroskopowych prątków kwasoodpornych w przypadkach, w których gruźlicy wcale nie było. Löbs, Mendelsohn, König, Bunge i Trautenroth wspominają o przypadkach wycięcia nerki z powodu mylnego rozpoznania gruźlicy na zasadzie badania mikroskopowego. Fränkel, Pappenheim, Folli, Mayer i Rabinowiczówna znajdowali prątki, barwiące się tak samo, jak gruźlicze, acz nie gruźlicze, w zgorzeli płuc, a Zahn, Flexner, Ofmacher, Birt i Leisham w jamach oskrzelowych. Nawet w przypadkach zwykłego nieżytu oskrzeli znajdowano takie prątki, rzekomo gruźlicze; tożsamo w rozmaitych ropniach, w kale, w woskowinach usznych i w nalotach na migdałkach. *A. Wrzosek.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Meyer Erich. **Moczówka prosta i inne rodzaje nadmiernego moczenia.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, 35 S. 1—71). Pojęcie moczówki prostej (*diabetes insipidus sive spurius*) wprowadzone do patologii przez Piotra Franka, różni autorowie różnie dotychczas określali. Najkrócej określa je Gerhardt: „Jestto dłuższy czas trwające, chorobowo zwiększone wydzielanie moczu bez cukru, przy którem nerki żadnym zmianom nie ulegają“. Hoffman wyraża się przezorniej: „Jestto stan chorobowy, w którym chory wydziela przez czas dłuższy dużo moczu o nizkim ciężarze właściwym, nie zawierającego cukru“, z zastrzeżeniem: „jeżeli ten objaw wysuwa się na pierwszy plan i zmianę w nerkach na pewno można wyłączyć“. Dzisiejsze prace o moczówce prostej można podzielić na 2 grupy: Pierwsza zajmuje się głównymi objawami, t. j. nadmiernem moczeniem i nadmiernem pragnieniem i stara się rozstrzygnąć, co jest objawem pierwotnym, a co następowym; druga, rzecz etyologicznie traktując, stara się stwierdzić, czy wyniki doświadczeń Cl. Bernarda, wykonanych na zwierzętach, a zmierzających do wykazania wpływów nerwowych na ilość wydzielanego moczu, mogą być przeniesione i zastosowane do ustroju wyższego, t. j. człowieka.

Gdyby moczówka prosta nie była niczem innem, jak tylko wynikiem nadmiernego picia, jak wady, nabytej czyto przez przyzwyczajenie, czy inne wpływy, nasuwałaby się uwaga, czyto wzmożone pragnienie nie jest wywołane nieprawidłowem zwiększonem wessaniem wody lub brakiem wody w tkankach ustroju? W takim razie moczówka byłaby następstwem przyjmowania, wchłaniania większej ilości płynu; sama więc sprawa miałaby charakter więcej psychiczny, niż somatyczny.

W piśmiennictwie spotykamy rzeczywiście przypadki (na tle hister.) przez pewien czas trwające, dające się leczyć czyto poddawaniem, czy też nadzorowaniem żywienia się, przebiegające zatem pomyślnie. Gdyby chodziło o rozstrzygnięcie w każdym przypadku, co jest pierwotnem, czy nadmierne pragnienie, czy moczówka, trzebaby narazić każdego chorego na zupełne odciągnięcie wody, co jak doświadczenie uczy, może chorym na moczówkę bardzo zaszkodzić.

W przypadkach, w których moczówkę będziemy uważać za pierwotną, zachodzi znów pytanie: w jaki sposób ta moczówka do skutku przychodzi; czy za przyczynę uważać możemy wzmożoną czynność nerek? Jeżeli wyjdziemy ze stanowiska, że moczówka polega na zmianach w narządzie nerwowym (mózg, n. n. trzewne), to znów pozostanie nierozwiązane pytanie, w jaki sposób ten bodziec, czy podrażnienie powstaje i w jaki sposób nerki na nie oddziaływają. Musimy rozpocząć od rozstrzygnięcia, czy narząd wydzielniczy u chorych na moczówkę działa tak, jak u człowieka zdrowego i czy wymiana materyi odbywa się tak samo. Gdyby się powiodło udowodnić, że przy zwiększonej ilości moczu wydziela ustrój składniki stałe również w zwiększonej ilości, nie byłaby moczówka prosta niczem innem, jak tylko upośledzeniem wymiany materyi. Znów w piśmiennictwie znajdują się przypadki, w których ilość mocznika miała być stale zwiększoną, co nawet dało powód do utworzenia nowej jednostki i nazwy: azoturya. Według innych spostrzeżeń były to doświadczenia niedokładne; mogło to być dalej przejściowe nadmierne moczenie, z moczówką nic nie mające wspólnego, przy którem rozpad białka, tem samem ilość mocznika w moczu była

czasowo większą. Na wiarę zasługujące doświadczenia Talquista dowiodły, że pomimo pożywienia, nieobfitującego w azot, mogą chorzy utrzymywać się w równowadze azotowej. Zdaje się więc być pewnem, że przemiana materyi u chorych na moczówkę odbywa się prawidłowo. Rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku ma się przed sobą moczówkę prostą, czy czasowe nadmierne moczenie, w praktyce nie zawsze jest łatwem. Jeżeli moczenie jest średnio zwiększone (3000—5000 cm. moczu, c. wł. 1004—1006), to może to zależeć od jakichś zmian miąższu nerkowego (*nephritis int., pyelitis non purul.*).

Następuje szereg doświadczeń, o tyle ciekawych, że każdy przypadek okazuje wobec zewnętrznych wpływów, czy pożywienia, czy leków, pewne indywidualne wahania. Prawie w połowie przypadków moczówki przyjąć można kiłę za tło etyologiczne. Doświadczenia wykonywano w ten sposób, że podawano chorym odrębną dyetę Talquista. badano dalej wpływ rozmaitych pokarmów na ilość moczu i soli w nim zawartych, podawano wreszcie rozczyny soli, bądźto chlorku sodowego, bądź też fosforanu sodowego, by z tego o zgęszczeniu moczu pewne wysnuć wnioski. We wszystkich tych przypadkach można było stwierdzić stałe zgęszczenie moczu wśród różnych warunków żywienia. Ilości moczu natomiast są dziwnie zależne od rodzaju pożywienia. Pod wpływem dyety, zależnie od czasu podania pokarmu stałego, czy płynnego, waha się wciąż ilość moczu w indywidualnych granicach od 5—12, a nawet 15 litrów. Chlorek sodowy zwiększa ilośc wydzielanego moczu, lecz na drugi dzień ilość ta powraca do poprzedniego poziomu. Po podaniu fosforanu sodowego zwiększa się ilość wydzielanego kwasu fosforowego, nie wywołując zwiększenia się ilości moczu. Równocześnie jednak zatrzymuje podany fosforan wydzielanie chlorku sodowego, dla którego rozpuszczenia i wydalenia potrzebną była większa ilość wody. Krew badana okazywała pewien stopień zagęszczenia (hemoglobiny 104 Sahli, ilość krwinek czerwonych 5,770.000, pozostałość sucha 21·30 prc. [prawidłowo 20,94 prc.]). Teocyna, podana 3 razy dziennie po 0,30, zwiększała we wszystkich przypadkach ilość soli prawie w dwójnasób, natomiast ilość moczu wahała się w niewielkich granicach. To wydzielanie jednak trwa tylko chwilowo: chlor, wydalony nadmiernie pod wpływem leku, wydziela się w drugim dniu w znacznie mniejszej ilości, by równowagi fizyologicznej nie zaburzyć.

Zdrowy ustrój ma 2 czynniki, którymi w danym wypadku rozporządzać może: ilość moczu i zgęszczenie moczu. Gdy u człowieka zdrowego zgęszczenie podlega rozmaitym wahaniom, to u chorego za moczówkę jest ono indywidualną jednostką, mniejwięcej stałą. Jeżeli ilość wydzielonych składników przekracza granice prawidłowe, wtedy wysuwa się drugi czynnik na plan pierwszy, t. j. ilość moczu wzrasta. U człowieka zdrowego podanie n. p. 20 grm. soli kuchennej zmienia, odchyla krzywą zgęszczenia moczu bardzo znacznie, ilości moczu zas prawie nie zmienia; u chorego na moczówkę ma się rzecz przeciwnie. Widzimy z tego, że u chorego na moczówkę brakuje tej zdolności wytwarzania moczu zgęszczonego. To jest właśnie zmianą pierwotną, to jest powodem, dlaczego ustrój wydziela znaczną ilość moczu, by w ten sposób módz się obronić od zatrzymania soli, dla ustroju szkodliwych. Moczówka prosta jest zatem wywołana zmianą czynności nerek, określając krótko, brakiem siły koncentracyjnej. Zmiana ta zdaje się zależeć od wpływów nerwowych. Większą część opisanych przypadków można odnieść do jakiejś zmiany w układzie nerwowym i to w dole równoległobocznym (*fossa rhomboid.*). Wiemy dalej z doświadczeń, że rozmaite wpływy nerwowej przyrody mogą zwiększać ilość moczu (n. p. migrena, padaczka). W tych przypadkach dzieje się coś w nerkach, przejściowo, nie stale, coś, co w moczówce jest stałą zmianą. Ostatecznie dochodzi autor do następujących wniosków. 1. Przez moczówkę prostą rozumiemy pierwotne moczenie nadmierne, powstałe wskutek tego, że nerki nie mogą wytwarzać moczu o prawidłowem zgęszczeniu. Wskutek tego chory na moczówkę dla usunięcia z ustroju wytworów wymiany materyi potrzebuje większej ilości wody, niż człowiek zdrowy. Ponieważ na zmianę pożywienia chory ustrój odpowiedniem zgęszczeniem moczu oddziaływać nie może, przeto musi dla utrzymania równowagi tkanek odpowiedzieć większą ilością moczu. 2. Chory z przejściowem nadmiernem pragnieniem różni się od chorego na moczówkę tem, że w razie wprowadzenia do ustroju większej ilości soli oddaje mocz zgęszczony. 3. Kwas fosforowy, wprowadzony do ustroju jako fosforan sodowy, wydala w jednakiej mierze tak zdrowy, jak i chory ustrój bez zwiększenia ilości moczu. 4. Chory na moczówkę prostą ma jedną wspólną cechę z chorym na śródmiąższowe zapalenie nerek lub na zapalenie miedniczek nerkowych, t. j. brak zdolności wydzielania moczu zgęszczonego. Różni się jednakowoż tem, że u niego stopień zgęszczenia moczu jest mniejwięcej stały. 5. Teocyna wywołuje u chorych na moczówkę zwiększenie zgęszczenia, bez zwiększenia ilości moczu.

Dr. Łapiński.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. O. Gutbrod. **Wyłuszczenie brzuszne macicy w czasie porodu.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LV, 1905). Autor spostrzegał następujący ciekawy przypadek: Wezwano go do kobiety rodzącej, u której bóle trwały od 5 dni, wody zaś odeszły przy pierwszych bólach. Już poprzednio inny lekarz próbował ukończyć poród w narkozie, lecz bezskutecznie. Autor stwierdził ciepłotę 39·7, tętno 144, macica w skurczu tężcowym i bolesna, wskutek czego pojedynczych części płodu wybadać nie było można. Tonów płodu nie słyszał. Badaniem wewnętrznem stwierdził, iż miednica mała zupełnie była pusta, ujście maciczne wysoko ponad spojeniem łonowem, wielkości mniejwięcej pięciokoronówki, w niem jakaś obrzmiała część drobna płodu. Do wargi przedniej ledwo można dojść palcem, jest przytem cienka; tylna natomiast znacznie zgrubiała, przechodzi bezpośrednio w opór, sięgający aż ku wzgórkowi kości krzyżowej. Wobec nieudałych prób ukończenia porodu wykonano laparotomię; przytem pokazało się, iż macica umocowaną była od tyłu bardzo silnymi zrostami tak, że dopiero po ich oddzieleniu i podwiązaniu można było macicę wytoczyć przed powłoki brzuszne. Podwiązując obustronnie przydatki i więzadła szerokie, usunięto całą macicę, a następnie po zaszyciu otrzewnej zaszyto powłoki brzuszne. Chora miała się dobrze przez 4 dni, w 5-tym z powodu niedrożności jelit zmarła. Autor, załączając rysunki wyjętej macicy, za główną przeszkodę porodową uważa te silne zrosty na tylnej ścianie macicy, które wywołały częściowe tyłozgięcie macicy. Szyjka maciczna, znajdująca się tuż poza spojeniem łonowem, nie leżąc w osi miednicy, nie mogła utworzyć kanału porodowego. Podobny przypadek opisał Spiegelberg, który radzi w takich razach próbować w ułożeniu kolankowo-łokciowem odprowadzić tyłozgiętą macicę przy równoczesnem ściąganiu szyjki zapomocą kulociągów do osi miednicy. W przypadku autora było to niemożebnem z powodu zbyt silnych zrostów otrzewnych.

Dr. G. Wierzbicki.

W. Kallmorgen. **Włókniaki i guzy jajnikowe jako wskazanie do cięcia cesarskiego.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LV, 1905). Autor zaznacza, iż włókniaki i guzy jajnikowe mogą być bardzo ważną przeszkodą przy porodzie. Aby poród umożliwić, można: 1) usunąć te guzy przez pochwę i dopuścić poród też drogami naturalnemi; 2) usunąć guzy przez pochwę i wykonać następowe cięcie cesarskie pochwowe; 3) usunąć guzy od strony brzucha, a dopuścić poród drogami naturalnemi; 4) usunąć guzy od strony brzucha, wykonawszy poprzednio cięcie cesarskie brzuszne. Autor przytacza cztery przypadki, w których z powodu guzów poród drogami naturalnemi odbyć się nie mógł. W dwóch z nich włókniaki, wychodzące z tylnej ściany macicy, stały się powodem cięcia cesarskiego z następowem wyjęciem macicy sposobem Porry i pozostawieniem kikuta pozaotrzewnie. W innych dwóch przypadkach wykonano z powodu guzów jajnikowych cięcie cesarskie, a po zaszyciu macicy wyjęto guzy. Wszystkie przypadki zakończyły się szczęśliwie. Autor zaznacza w końcu, iż innych sposobów w tych przypadkach nie można było użyć. W dwóch pierwszych macicę trzeba było usunąć, gdyż wzrastające włókniaki zmusiłyby wkrótce do drugiej laparotomii. Przy guzach jajnikowych inaczej też postąpić nie było można, gdyż przez pochwę można usuwać tylko małe torbiele, leżące w zatoce Douglasa. Większe guzy operować należy tylko od strony brzucha, i to w tym porządku, że wobec guzów, leżących poza macicą, trzeba najpierw wykonać cięcie cesarskie, macicę zaszyć, a dopiero potem guzy usunąć.

Dr. G. Wierzbicki.

R. Olshausen. **W sprawie cięcia cesarskiego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 1). Przegląd 118 własnych przypadków cięcia cesarskiego. Wskazania stanowiły: ścieśnienia miednicy 91, drgawki porodowe 7, włókniaki 6, rak macicy 4, *vaginaefixatio* 4, zapalenie nerek 2, wada serca 2, zwężenie bliznowate szyjki lub pochwy 2 razy. W 71 przypadkach chodziło o miednicę krzywiczą. Wobec ciężkich przypadków drgawek porodowych żąda O. jak najszybszego rozwiązania, aczkolwiek wiadomo, że w pewnej liczbie przypadków nie można mimoto chorej uratować. Stosownie do przypadku stosuje się tu różne zabiegi, od najłagodniejszych aż do cięcia cesarskiego. Z 7 operowanych zmarły tylko 2, a zatem wynik niezły, jeżeli się uwzględni, że chodziło o przypadki najcięższe. O. podnosi niebezpieczeństwo, grożące życiu płodów z powodu odurzenia morfinowego, w którem zwykle się rodzą. Cięcie przez powłoki radzi O. prowadzić wysoko ponad pępek, gdzie macica najszersza, i macicę wytaczać zawsze przed powłoki. Cięcie przez macicę powinno unikać łożyska, co da się zwykle osiągnąć przez zwrócenie uwagi na stopień unaczynienia różnych miejsc ściany macicy, jakoteż na silniejsze wypuklenie pewnej ściany. Cięcie strzałkowe przez dno przedłuża O. ku tej stronie, gdzie niema łożyska, a więc w danym razie także ku tyłowi. Na 20 minut przed uśpieniem wstrzykuje

O. 0·12 sporyszu, który wcześniej nie rozwija działania w całej pełni. Zaciskanie naczyń jest nietylko zbyteczne, lecz szkodliwe. Macicę zeszywa O. katgutem w 2 piętrach. Na 14 przypadków po cięciu cesarskiem pękła macica raz jeden przy następnym porodzie, co jednak po użyciu każdego innego materyału do szycia zdarzyć się może. U 7 chorych wykonano cięcie 2, u 2 trzy, a u 3 cztery razy; wszystkie wyzdrowiały. *B. Wojciechowski.*

A. Czyżewicz jun. **Donoszone żywe trojaki przy łożysku przodującem bocznem.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 51). Wieśniaczka 38-letnia, po raz 12. w ciąży. Brzuch niezwykle powiększony, obwisły, macica napięta, dużo części drobnych, 2 części duże płodu. Przy badaniu wewnętrznem poza pęcherzem płodowym główka. Miednica lekko płaska. Wkrótce po ostrożnem badaniu silny krwotok maciczny z niejasnej na razie przyczyny. Po wytamponowaniu pochwy krwotok stanął. Po 6 dniach wystąpiły bóle porodowe. Przy ujściu, rozwartem na talara, wyczuwa się od strony lewej brzeg łożyska. Po samorodnem pęknięciu pęcherza wypadło kilka pętli pępowiny, a w ciągu 2 minut urodził się płód w położeniu twarzowem, lekko omdlały. Badanie wewnętrzne wykazało drugi pęcherz i poza nim nóżki drugiego płodu, który po przebiciu pęcherza wydobyto. Płód trzeci leżał poprzecznie i wydobyto go po obrocie na nóżkę. Po 20 minutach odeszło pierwsze łożysko, a po następnych 25 minutach drugie. Waga płodu 1) 2700, 2) 2600, 3) 2400 gr., 1. i 2. płód płci męzkiej, 3. żeńskiej. Łożysko pierwsze nerkowate z 2 pępowinami, drugie tegoż kształtu ma cechy łożyska obrzeżonego (*placenta circumvallata*). Matka opuściła zakład z dziećmi zdrowemi, ważącemi 2900, 2800 i 2700 gr. *B. Wojciechowski.*

M. Holst. **Nowy sposób operacyjnego usunięcia zupełnego wypadnięcia macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 51). Wypadnięcie zupełne macicy zdarza się najczęściej u kobiet w okresie przekwitania lub później, wobec czego wycięcie macicy jest usprawiedliwione, skoro inne sposoby do celu niezawsze prowadzą. Aby uniknąć następowego wypadnięcia pochwy i zabiegów późniejszych, niekiedy bezskutecznych, dążących do usunięcia tego stanu, poleca H. odcięcie macicy nadpochwowe z zaopatrzeniem kikuta podotrzewnem. Wskutek wysokiego ustawienia części pochwowej zostają ściany pochwy wyżej podciągnięte, niż przy przyszyciu macicy do ściany bocznej. To też należy się spodziewać, że następowe obniżenie pochwy, przedewszystkiem jej ściany przedniej, bardzo wyjątkowo tylko i w nizkim stopniu zdarzyć się może. Szczegóły techniki w oryginale. *B. Wojciechowski.*

K. Holzapfel. **W sprawie wyjałowienia opatrunków.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 51). H. obmyślił puszkę z licznymi otworkami w całem dnie i w pokrywie. Pokrywa ma ścianę podwójną. Para nasycona, ogrzana do 100°, niszcząca lepiej drobnoustroje, niż para przegrzana, przepływa przez filtry z waty, umieszczone w pokrywie i na dnie i zapobiegające późniejszemu zanieczyszczeniu opatrunków drobnoustrojami z powietrza i pyłem. Puszki Dührssena uważa H. pod kilku względami za gorsze od swoich.

B. Wojciechowski.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Calodal, przetwór białkowaty, poleca B. Credé (*Zeitschr. für ärztl. Fortbildung* 1906, Nr 1), jako środek odżywczy *per rectum*, w odstępach 2—3 godzinnych, zwykle po 50 grm. 10 prc. roztworu. W pewnym przypadku uporczywych wymiotów udało się tą drogą przez 3 tygodnie podtrzymywać siły chorej. Również w postaci wstrzykiwań podskórnych (przez dodanie 5 grm. kalodalu w formie 10 prc. roztworu do 500 grm. roztworu fizyol. soli) oddaje ten środek dobre usługi. *H.*

Collargol poleca ponownie Rau (*Therap. Monatsh* 1905, 12) do wstrzykiwań śródżylnych w przypadkach zakażenia. *H.*

Proponal (kwas dwupropylobarbiturowy) jest nowym środkiem nasennym, wytworzonym przez Fischera i Meringa (*Med. Klin.* 1905, Nr. 52). Ma postać bezbarwnych kryształków, w wodzie zimnej trudno (1: 1640), w gorącej łatwiej (1: 70), a w rozcieńczonych alkaliach bardzo łatwo rozpuszczalnych. Próbowany u 20 osób w zwykłej bezsenności wywoływał w dawce 0,15—0,5 po 15—40 minutach sen 6—9-godzinny. W porównaniu z weronalem działa tak samo, lecz już w dawce o połowę mniejszej. Podawać go najlepiej w proszkach. Skutków ubocznych nie zauważono, ale zaleca się nie przekraczać dawki 0,5. *R.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska powzięła na jednem z ostatnich posiedzeń następujące ważne uchwały: w sprawie zamierzonego strejku przez lekarzy dolno-austryackich z powodu niesłychanie niskiej płacy za czynności lekarzy gminnych uchwalono publicznie dać wyraz przekonaniu, że żaden z lekarzy przynależnych do Izby zachodnio-galicyjskiej, nie wystąpi przeciw interesom lekarzy dolno-austryackich, ani też przeciw akcyi obrony przez nich zamierzonej. W sprawie obsadzenia posady kierownika Wydziału sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych po śmierci Dr. Kusyego uchwalono, że Izba krakowska, jako Izba zarządzająca, wdroży energiczną akcyę w porozumieniu ze wszystkiemi Izbami austryackiemi. W sprawie pojawiających się nawet poza granicami Galicyi projektów wprowadzenia przymusowego stemplowania recept, uchwalono, że Izba krakowska, jako Izba zarządzająca, podejmie tę sprawę i przygotuje odpowiedni referat wraz z wnioskami na tegoroczny wiec Izb lekarskich. W tym celu odbędą się już w najbliższym czasie wstępne konferencye z przedstawicielami Zarządu Towarzystwa Samopomocy lekarzy, jako pierwszymi inicyatorami tej myśli. *L.*

Ruch społeczno-lekarski w Królestwie polskiem rozpoczął się z pierwszym świtem reform politycznych szeroką falą. Świadczą o tem nietylko powstałe stowarzyszenia i związki zawodowolekarskie, ale także cały szereg planów szerszej pracy, widocznie oddawna już opracowywanych i przemyślanych, które jednak dopiero teraz mogły ukazać się na światło dzienne. Aczkolwiek nie można określić, jak rychło i w jakim zakresie plany te będą się mogły urzeczywistnić, niemniej, jak słusznie zauważają ich autorowie, konieczną jest rzeczą już teraz ogłosić je i zapomocą publicznej dyskusyi udoskonalić, aby mogły we właściwej chwili niezwłocznie przejść w czyn i aby nie potrzeba było wtedy tracić drogiego czasu na obmyślanie choćby drobnych już tylko szczegółów, lecz aby na dobrze przygotowanych podwalinach odrazu stawiać zrąb trwałej budowy.

St. Markiewicz kreśli w artykule p. t. »Zrzeszenie lekarzy u nas«. (*Krytyka lek.* 1906, Nr. 1) w krótkim zarysie ogólny plan pracy zbiorowej, czekającej lekarzy polskich pod zaborem rosyjskim po nastaniu ery konstytucyjnej. Praca ta jest trojaka. 1) w dziedzinie nauki lekarskiej oprócz pracy w Towarzystwach lekarskich należy stworzyć krajowe zjazdy lekarskie i uzupełniające kursa lekarskie w Warszawie; 2) w dziedzinie zawodowej konieczne jest utworzenie ogólnego stowarzyszenia zawodowego, któreby zajęło się ubezpieczeniem lekarzy i ich rodzin, kasą pożyczkową i kasą wsparć, opieką prawną, sądami koleżeńskimi, zjazdami zawodowymi, utworzeniem Izb lekarskich; 3) w dziedzinie medycyny społecznej należy zacząć pracę od podstaw, gdyż w tym dziale niema w Królestwie polskiem jeszcze żadnej organizacyi, a lekarze polscy są wogóle pod tym względem bardzo zacofani. W Niemczech istnieje już kilka pism, sprawom tym poświęconych (»Jahresbericht über die Fortschritte der sozialen Hygiene u. Demographie« Grotjahna i Kriegela, »Monatsschrift f. sociale Medizin« Fürsta i Jaffego, obecnie p. t. »Archiv f. soc. Med.«); kończy się wydawnictwo obszernego 8-tomowego podręcznika »Handbuch der socialen Medizin« pod redakcyą Fürsta i Windscheida, a mnóstwo drobnych prac ukazuje się ciągle zarówno w Niemczech, jak i we Francyi. Zakres pracy lekarskiej na tem polu obejmuje: opiekę nad ubogimi, sprawy ubezpieczenia na wypadek choroby, urazu, kalectwa, szpitalnictwo i pomoc położniczą w zakresie społecznym, zwalczanie alkoholizmu i gruźlicy, opiekę nad obłąkanymi i głuptakami, ratownictwo, pielęgnowanie chorych higienę zawodową (fabryczną i t. d.), dozór nad prostytucyą, nad mamkami, opiekę nad niemowlętami, zadania lekarza szkolnego, zadania lekarskie w filantropijnych zakładach wychowawczych, medycynę sądową, statystykę lekarską, sprawę higieny mieszkań i pożywienia ludności, organizacyę służby sanitarnolekarskiej. Wypełnić zadania społecznolekarskie będzie można, zdaniem M. przez utworzenie związku lekarzy, pracujących na tem polu, zjazdy lekarzy związkowych, obranie stałych kierowników pracy w różnych częściach kraju, wydawanie odpowiedniego czasopisma, stworzenie specyalnej biblioteki, opracowanie polskich podręczników tego działu i organizacyę publicznych wykładów.

Właśnie głównie zakresu medycyny społecznej dotyczy plan organizacyi pomocy lekarskiej w Królestwie polskiem, opracowany przez K. Rychlińskiego, a podany w skróceniu w *Nowinach lekarskich* (1906, Nr. 1). Jako wstęp znajdujemy ponury obraz zaniedbania na polu lecznictwa ludowego w Królestwie polskiem, winy tego nie ponoszą jednak ani lekarze tam-

łejsi, wypełniający obowiązki społeczne z niezwykłem poświęceniem pomimo najróżniejszych napotykanych przeszkód, ani społeczeństwo; przyczyna leży w niedbalstwie, a nieraz i w złej woli rządu i biurokracyi. Toteż gdy nawet w samej Rosyi dzięki samorządowi ziemskiemu, pomimo wszystkich jego wad i niedoskonałości, opieka lekarska nad ludnością czyni postępy, to w Królestwie polskiem stan jest pod tym względem poprostu straszny. N. p. na ospę przypada w prowincyach nadbałtyckich 4,8°/₀₀ wszystkich zachorowań, w posiadających ziemstwa guberniach cesarstwa rosyjskiego 3,1°/₀₀, a w Królestwie polskiem 31°/₀₀! Jakie zaś są stosunki szpitalnictwa w Królestwie pomimo ofiarnej pracy lekarzy polskich (na 200 przeszło lekarzy, pracujących stale w szpitalach warszawskich, zaledwo 67 jest płatnych kwotą 250—900 rubli r o c z n i e, którą zresztą większość lekarzy obraca na urządzenie i prowadzenie pracowni szpitalnych), to oświetlają jaskrawo dane statystyczne, zebrane sumiennie i bardzo dokładnie przez M ę c z k o w s k i e g o (*Gazeta lekarska* 1905). Dość przytoczyć, że gdy w r. 1867 na 10.000 ludności Królestwa przypadało 7 łóżek szpitalnych, to po 35 latach liczba ta spadła na 5,8, a w samej Warszawie z 82,9 na 39!

Według projektu R y c h l i ń s k i e g o ogólny kierunek w sprawie pomocy lekarskiej w Królestwie powinien być oddany centralnej Radzie lekarskiej z inspektorem lekarskim na czele, którą należy utworzyć w Warszawie. Kraj cały ma być podzielony na okręgi lekarskie, nie większe nad 200—250 wiorst kwadratowych; lekarzom okręgowym, podlegającym centralnej Radzie, przypadnie mieć w swej pieczy po 20—25 tysięcy ludności. Na każde 3 okręgi powinien przypadać przynajmniej jeden szpital okręgowy o 20 łóżkach; prócz tego w każdym powiecie powinien być większy szpital powiatowy z osobnym lekarzem, a w każdem mieście gubernialnem szpital na 100 łóżek z 4 lekarzami, zaś na 3 gubernie jeden zakład dla umysłowo chorych (1 łóżko na 1500 mieszkańców). Przy szpitalach gubernialnych powinny być pracownie naukowe; w każdej gubernii osobno 3 lekarzy dla zwalczania chorób nagminnych, nadzoru policyi lekarskiej i zastępowania lekarzy okręgowych. W każdej gminie ma być położna, na 300 osad jedna wykwalifikowana dozorczyni lub dozorca chorych. Należy utworzyć w Królestwie dwa zakłady krowiankowe, dwie szkoły pielęgnowania chorych i jedną szkołę położnych. Określiwszy dalej płace, konieczne dla lekarzy i akuszerek, podaje autor planu normy leczenia bezpłatnego i opłat za leczenie. Bezpłatne leczenie się przysługiwałoby wszystkim bezrolnym mieszkańcom wsi i miasteczek, najemnikom, służbie folwarcznej, robotnikom rolnym i fabrycznym i wszystkim właścicielom gruntów, mającym mniej niż 10 morgów roli. Stawiając na pierwszym planie potrzeb społecznych wydatki na oświatę, oblicza autor, że gdyby wskutek olbrzymich potrzeb szkolnictwa samorząd w Królestwie mógł na reformę sanitarną obracać tylko 25°/₀ swych dochodów (ziemstwa w Rosyi wydają 27—39°/₀), to reforma ta według podanego planu mogłaby być i tak w krótkim czasie przeprowadzoną i wydać znakomite wyniki.

Dziedziny zawodowej znów dotyczy opracowany przez J. Z a w a d z k i e g o plan ustawy Izb lekarskich dla Królestwa polskiego (*Kronika lek.* 1905, Z. 24). Według tego projektu posiadałoby Królestwo 5 izb lekarskich: w Warszawie, Łomży, Lublinie, Radomiu i w Łodzi, nadto izbę centralną (zarząd główny) w Warszawie, obierany przez delegatów wszystkich Izb. Co do ustroju Izb, różni się projekt od ustawy Izb austryackich przedewszystkiem zupełnem oddzieleniem sądów honorowych od Izb, czego tak usilnie, a naprożno, domagają się Izby nasze. Nadto miałyby Izby mieć stałą ilość członków (po 10 każda), a nie proporcyonalną do liczby lekarzy w okręgu Izby, jak to jest w Austryi, a wreszcie miałyby też organ wykonawczy w postaci delegatów powiatowych. Najważniejszą jednak różnicę od ustawy Izb niemieckich i austryackich stanowi zakres działania Izb, podany w projekcie, który uczyniłby z nich w Królestwie istotnie »najwyższą instancyę w sprawach stanu lekarskiego«. Według projektu bowiem Izby utrzymywałyby biura pośrednictwa pracy dla lekarzy, biblioteki i czytelnie, pracownie naukowe, wydawałyby pisma lekarskie i wydawnictwa naukowe, regulowałyby wysokość honoraryów i płac stałych (na kolejach, w fabrykach i t d.), obsadzałyby w charakterze związku odpowiedzialnego posady szpitalne, kolejowe, fabryczne i t. d., zakładałyby jako spółki współdzielcze rozmaite lecznice, rozstrzygałyby spory między lekarzami i lekarzy z publicznością, wyjednywałyby u władz prawa, dotyczące lekarzy, zawiadamiałyby władze o odjęciu przez sąd honorowy lekarzom prawa praktyki, urządziłyby kasy emerytalne, wysyłałyby delegatów do Rad zdrowia, a wreszcie wybierałyby własnych posłów na sejm krajowy i państwowy. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, 31 stycznia.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 31 b. m. posiedzenie, na którem koledzy: Bogdanik, Borzęcki i Reiss przedstawiali i omawiali przypadki chorobowe, kol. Gliński preparaty anatomiczno-patologiczne, a kol. Gettlich tubusy celluloidowe i wskazania do ich użycia. Towarzystwo mianowało swym członkiem honorowym dr. Władysława B i e g a ń s k i e g o.

— We Lwowie utworzył się miejscowy Komitet dla międzynarodowego zjazdu higieny szkolnej w Londynie, obierając przewodniczącym Dr. Legeżyńskiego, sekretarzem Dr. Kielanowskiego. Jako delegata Komitetu krakowskiego uchwalono zaprosić Prof. Dr. Jordana. Komitet ten ma dać inicyatywę do łącznej akcyi wszystkich ziem polskich przez wspólnego delegata na Zjeździe. Utworzyć się mający Komitet krajowy porozumie się w tym celu z instytucyami polskiemi w zaborze pruskim i rosyjskim.

— Wiedeńska Izba lekarska utworzyła komitet, zbierający składki na poparcie materyalne lekarzy dolnoaustryackich, walczących o podwyższenie honoraryum za szczepienie ospy, badanie włóczęgów i podrzutków przez usunięcie się od tych czynności.

— Sejm bawarski uchwalił przekazać rządowi do uwzględnienia podanie Towarzystwa lek. monachijskiego o powołanie lekarzy na stanowiska urzędników nadzorczych w inspekcyi przemysłowej.

— W Berlinie powstanie wzorowy zakład dla zwalczania śmiertelności osesków pod protektoratem pary cesarskiej. Zakład, pod który gmina Charlottenburg ofiarowuje bezpłatnie plac budowlany, pomieści 50—60 łóżek, podzielonych na 4 oddziały: ciężarnych (pobyt trzymiesięczny przed porodem), zdrowych matek i osesków (pobyt 3-miesięczny), osesków sztucznie żywionych i osesków chorych. Po opuszczeniu zakładu pozostają matki i dzieci pod nadzorem zakładu, który rozdawać będzie premie za karmienie i dostarczać mleka (rodzaj zakładu »Kropli mleka«). Do zakładu należeć będzie jeszcze wzorowa obora, oraz pracownie chemiczna i bakteryologiczna, a wreszcie szkoła dla dozorczyń położnic i dzieci.

— Cele humanitarne w Niemczech zyskają znowu spore zasiłki z powodu srebrnego wesela niemieckiej pary cesarskiej. Oprócz darów na wzorowy zakład opieki nad niemowlętami ofiarują np., Rada miejska berlińska 100,000 marek na sanatoryum dla suchotników, wrocławski magistrat 360,000 marek na zakład dla osesków, fabryki Siemensa 20,000 marek na 2 łóżka w sanatoryach dla suchotników, Rada okręgowa w Mülheim 50,000 mk. na podobne cele, obywatel Neubauer z Hamburga 100,000 mk. na budowę szpitala dla dzieci w rodzinnem swem mieście Magdeburgu i t. d.

— 28 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się 16—22 września w Stuttgardzie.

— Już druga katedra medycyny społecznej powstaje w Niemczech, mianowicie polecono w Berlinie wykładać ten przedmiot Prof. Kirchnerowi.

— Główny pruski komitet uzupełniającego wykształcenia lekarskiego urządza między 2 marca a 27 kwietnia b. r. szereg wykładów w sprawach, stojących na pograniczu kilku działów medycyny. Wiadomości udziela biuro dyrekcyi szpitala »Charite« w Berlinie. Bezpłatne kursa uzupełniające rozpoczną się w półroczu letniem 1906, dnia 1 maja.

— Paryska Akademia umiejętności ogłasza na rok 1907 międzynarodowy konkurs na następujące nagrody: Montyona (2,500 i 1.500 fr.) za podanie sposobu, w jakiby jeden z zawodów, szkodliwych dla zdrowia, uczynić można nieszkodliwym; Barbiera (2,000 fr.) za cenne odkrycie w medycynie wewnętrznej, chirurgii lub farmakologii; Bréanta (100,000 fr.) za skuteczny środek przeciw cholerze lub wogóle za wytworzenie szczepionki, równie skutecznej jak krowianka; Chaussiera (10.000 fr.) za najlepszą pracę sądowo-lekarską lub higieniczną, ogłoszoną między r. 1903 a 1907; La Caze (10,000 fr.) za najlepsze dzieło z fizyologii i Philippeaua (900 fr.) za dzieło z fizyologii doświadczalnej.

— Zmarła niedawno pani Grangier zapisała olbrzymi swój majątek szpitalom i uniwersytetowi w Dijon. Główny szpital w Dijon otrzyma około 7 milionów franków, mniejsze zapisy (na sanatoryum dla suchotników, zakład głuchoniemych i ślepych i t. d.), wynoszą łącznie 6½ miliona franków.

— Wobec tego, że kliniki i zakłady lekarskie w Rzymie otrzymały nowe, nowoczesnym wymaganiom zadość czyniące pomieszczenie, porusza dr. E l j a s z - R a d z i k o w s k i w »Tygodniku lekarskim« myśl, by lekarze z Polski, związanej tradycyą

humanizmu i licznymi łącznikami z medycyną włoską w przeszłości, jeździli na studya na wszechnice włoskie, w szczególności do Rzymu.

— W gubernii łomżyńskiej i w Warszawie pojawiają się ciągle przypadki cholery, niezbyt jednak liczne.

— W Iwoniczu otwarty został szpital dla nieuleczalnych i matołków (pierwsze w Galicyi schronisko dla matołków). Twórcą zakładu jest miejscowy proboszcz X. Antoni Podgórski.

— Między 14—20 stycznia b. r. doniesiono władzom o 3 nowych przypadkach ospy w Galicyi w powiecie brodzkim, a o 21 przypadkach duru osutkowego w 10 gminach 8 powiatów (Stryj 7, Nadwórna 5, Jaworów 3, Tłumacz 2, Myślenice, Nisko, Przemyśl, Zborów po 1).

Mianowani: Profesorami położnictwa dr. Schokaert w Löwen, dr. Vallois w Montpellier, prof. Pestalozza (z Florencyi) w Rzymie.

Zmarli: Pedyatrzy prof. Wichmann w 53 r. ż. i doc. Prip w 40 r. ż. w Kopenhadze; ginekolog prof. Amann w 74 r. ż. w Monachium.

Dr. Józef Strzeszewski zmarł w 46 r. ż. w Warszawie; jako student ogłosił rozprawę „O wartości odżywczej roślin strączkowych", nagrodzoną złotym medalem; ukończywszy studya w Warszawie w r. 1883 został asystentem kliniki prof. Lambla i w tym czasie napisał rzecz: „O zwapnieniu osierdzia"

We Lwowie zakończył życie Juliusz Ksawery Łukaszewski w wieku 70 lat. Urodził się w Skorzęcinach (Wielkopolska), do gimnazyum uczęszczał w Trzemesznie, a na wydział lekarski w Gryfii, Pradze, Krakowie i Berlinie, gdzie w roku 1862 otrzymał stopień doktora medycyny. W charakterze lekarza naczelnego szpitala św. Trójcy w Jassach wyróżnił się jako wybitny klinicysta, znany zaszczytnie w całych Multanach. Założył stowarzyszenie pod nazwą „Polska biblioteka", koło którego skupił całe wychodźtwo polskie, przebywające w Rumunii. Ogłosił parę rozpraw, a do „Przeglądu lekarskiego" w r. 1870 pisywał pouczające korespondencye. *K.*

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Starkiewicz: Ze statystyki chorób płuc w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus. Kijewski: Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii przy kamicy nerkowej.

— *Medycyna* Nr. 3. Anastazy Landau: O zawartości acetonu we krwi i w narządach. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 4. Łukasiewicz: Zasady leczenia wyprysku (dok.). Gabryszewski: Próby wstrzykiwań t. zw. naoponowych.

— *Czasopismo lekarskie* 1905 Nr. 11 i 12. Offenberg: Przypadek porażenia rdzeniowego kurczowego.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 3. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Kutvirt: Airol jako diagnostická pomůcka při kariosních zánětech ušních. Zikmund: Příspěvek ku zranění rodidel za soulože. Bouček: Úvahy a skušenosti porodnické praktického lékaře.

— *Presse médicale* Nr. 6. Follet i Sacquépée: O posocznicach w ogólności i o posocznicy meningokokowej w szczególności. Vidal: Kilka szczegółów semiologii moczu u operowanych.

— *Semaine médicale* Nr. 4. Aubertin: Albuminuria orthostatica essentialis.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Neumann: Przypadek wyleczenia trądu plamisto-guzowatego. Ranzi: O leczeniu ostrego ropienia przekrwieniem biernem. Schulz: Przypadek złamania kości piętowej. Zikmund: Dalszy przyczynek do kazuistyki uszkodzeń przy spółkowaniu.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 4. Lanz: Appendikostomia. Graser: Uwagi o leczeniu ostrego zapalenia okołokątnicego. Gunkel: W sprawie wczesnej operacyi w zapaleniu przykątniczem. Wilms: Czynniki mechaniczne działające przy pooperacyjnej niedrożności jelit. Schridde: Badania nad bezbarwnemi komórkami krwi ludzkiej. Schmidt: O podobnym do pierwotniaka drobnoustroju w nowotworach złośliwych i o wywołanym przez ten drobnoustrój u zwierząt nowotworze, dającym się przeszczepiać. Delkeskamp: O skręcie pętli esowatej w toku choroby Hirschprunga. Hoepfl: Przypadek podskórnego pęknięcia jelita, wyleczony operacyjnie. Stadler: Przypadek ostrego nieropnego zapalenia gruczołu tarczowego. Sehlbach: W sprawie patogenezy ostrego gośćca stawowego. Rethi: Uwagi o pracy Sondermanna „Nowy sposób rozpoznawania i leczenia chorób nosa".

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 4. Körte: Uwagi o operacyach żołądka i trzustki. Castellani: Badania nad framboezyą podzwrotnikową. Rothmann i Mosse: O zatruciu pyrodynowem u psów. Wolff-Eisner: W sprawie rozróżnienia dychawicy siennej od innych postaci dychawicy. Loele: Aglutynacya w rękach lekarza-praktyka. Bluth: Nowy sposób oznaczania ilości acetonu. Klauber: Dwie pętle jelita cienkiego w uwięzniętej przepuklinie. Schädel: Nowy środek zewnętrzny do tamowania krwi (styptogan).

Redakcya otrzymała: Dr. Leopold Glück: 1) Zur Charakteristik der erworbenen recenten Syphilis der Kinder. Wiedeń 1905, 2) Zur Kenntniss der Verbreitungsweise der Lepra. Wiedeń 1903. (Odbitki z „Wr. med. Wochs."). 3) Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis (Odb. z „Wr. med. Presse") 1905. 4) Kako će se čovjek braniti od frenjka? Sarajevo 1905. 5) Über die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und Hercegovina (Odb. z „Wr. med. Presse") 1903. 6) Zur Kenntniss der Paraleprose (Odb. z „Lepra" Biblioth. intern.) 1903.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 4 (od dnia 21/I do 27/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 39, dziew. 37; nieżywo: chł. 2, dz. 2 — **Zmarło**: miejscowych: męż. 24, kob. 18; zamiejscowych: męż. 4, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 1. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 3. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 10, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. — ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 42, obcych 12.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) we środę dnia 7 lutego 1906 o godz. 6 wieczorem, z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Rydel przedstawi przypadek *polyneuritis alcoholica* z objawami myotonicznymi; 2) kol. prymaryusz Bogdanik: „Kreolina w chirurgii"; 3) kol. Bier: „Zafałszowania przypraw korzennych".